

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

150

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Février 1906, à 1 heure

PAR

Maurice CORNU

SUR QUELQUES CAS
d'Intolérance des Nourrissons
pour le Lait de Femme

Président : M. BUDIN, professeur

Juges { MM. BERGER, professeur
DE LAPERSONNE, professeur
FAURE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
Clinique médicale.....	ROGER.
Maladies des enfants.....	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.....	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHIER.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND
Clinique gynécologique.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de médecine de Paris
Accoucheur des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRET

Ancien chef de Clinique obstétricale
à la Faculté de médecine de Paris.

Sur quelques cas d'Intolérance des Nourrissons

Pour le Lait de Femme

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter ce modeste travail, nous nous faisons un devoir d'offrir le témoignage de notre sincère reconnaissance à tous ceux qui ont soulagé nos efforts par leur science et leur dévouement.

Nos remerciements vont d'abord à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Besançon. Ce sont eux qui ont guidé nos premiers pas dans l'art médical, en nous le faisant aimer et comprendre.

Merci à nos maîtres de la Faculté de Paris, à MM. les professeurs Terrier et Pozzi, dans les services desquels nous avons reçu le meilleur accueil.

Que M. le professeur Budin, dont nous sommes heureux d'avoir été l'élève, veuille bien croire à notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions trop remercier notre compa-

triotte M. le Dr Perret de la sympathie qu'il nous a témoignée ; c'est lui qui nous a inspiré l'idée première de ce travail ; il ne nous a jamais ménagé ses conseils aussi savants que dévoués.

Enfin nous n'oublions ni les parents, ni les amis qui nous ont toujours prouvé leur affection.

Il nous est doux aussi d'adresser une parole de gratitude à nos frères Félix et Charles ; nous sommes heureux aujourd'hui de leur dédier ces quelques pages.

INTRODUCTION

Ce n'est pas sans une hésitation bien légitime que nous nous sommes permis d'aborder l'étude d'un tel sujet. Peut-être pourra-t-on croire, en lisant le titre de cet ouvrage, que nous allons nous montrer hostile à l'allaitement au sein. Une telle attitude, disons-le de suite, n'a jamais été et ne sera jamais la nôtre. Ce serait manquer de respect à l'égard de nos maîtres, que d'afficher des idées contraires aux savants conseils qu'ils nous ont donnés. Nous avons reçu les principes d'une généreuse école dont les doctrines proclament bien haut la supériorité de l'allaitement au sein, administré d'une façon sage et méthodique.

Durant notre stage à la clinique Tarnier, nous avons reçu un enseignement théorique et surtout pratique sur l'art obstétrical ; mais l'activité de ceux qui dirigeaient nos études élargissait encore nos connaissances de notions nouvelles. On a voulu nous initier à une science inconnue des accoucheurs d'autrefois, l'éducation des nourrissons. Il est beau, en effet, d'apporter ses soins à une parturiente, de la délivrer adroitement pour l'exempter de toute infec-

tion ; il est non moins beau aussi de prendre soin de cet être fragile qui vient de naître, jeté sans force dans le monde extérieur. Sans doute, ce jeune rejeton est le bienvenu dans la famille, on s'empresse autour de son berceau, chacun le couvre de caresses ; la mère au moindre cri lui présente ses seins gorgés de lait. Car ce cri, pour le public, n'est-il pas synonyme de faim ou de soif ? Aussi dès que l'enfant crie on lui présente sa pâture, il devra téter, qu'il le veuille ou non. Voilà l'erreur de presque toutes les mères ; et c'est ici que doit intervenir le rôle du médecin, car c'est lui qui dirigera l'alimentation du nouveau-né, qui donnera des conseils à la nourrice en s'adressant plutôt à sa raison qu'à ses sentiments.

Des travaux de nombreux accoucheurs et médecins d'enfants ont établi, sur des bases solides, les règles qui président à l'éducation du nourrisson. Ce fut déjà une grande découverte qui enrichissait la thérapeutique infantile ; on a fait plus encore, on a voulu répandre dans toutes les classes de la société et particulièrement chez les pauvres, les nouveaux trésors que la science mettait à leur disposition. Tel fut le but de ces Consultations de nourrissons, qui sont de véritables « écoles des mères » où on apprend aux femmes leur noble rôle d'éleveuses d'enfants. Et depuis l'initiative généreuse du professeur Budin, on voit naître dans tous les coins de la France ces œuvres philanthropiques grâce auxquelles les mères, n'écoutant que des conseils éclairés, peuvent soustraire leurs enfants à la maladie et à la mort.

Il ne serait donc pas à propos de jeter une note discordante sur cette propagande en faveur de l'enfance. Notre but est de mettre en relief quelques observations rapportées par des auteurs dignes de foi, au sujet d'un accident qui peut se produire au cours de l'allaitement naturel. Ajoutons, avec plaisir, que cet accident est très rare. Nous avons fait des recherches nombreuses dans la littérature de la médecine infantile, et la question, entrevue par certains auteurs, a été à peine signalée. Aussi la pénurie des observations a-t-elle rendu notre tâche plus difficile. Nous n'avons pu en trouver qu'un très petit nombre dont les principales proviennent de M. le professeur Budin et de M. Bar. Nous devons également à la bienveillance de notre compatriote M. le Dr Perret une observation inédite recueillie dans sa clientèle. Nous les reproduirons plus loin aussi fidèlement que possible, car c'est d'après elles que nous nous efforcerons d'apporter notre contribution.

Afin d'exposer clairement ce sujet sur l'intolérance des nourrissons pour le lait de femme, nous envisagerons la question de la façon suivante : un chapitre sera consacré d'abord à examiner le premier degré de cette intolérance, celle que le nourrisson éprouve vis-à-vis du lait de sa mère ou de sa nourrice, cas qui se présente assez fréquemment.

Cette étude préliminaire facilitera beaucoup notre tâche pour la composition du deuxième chapitre, où nous exposerons le degré ultime de cette intolérance, c'est-à-dire celle vis-à-vis du lait de femme en géné-

ral ; ce cas, étant le plus exceptionnel, constituera le point le plus intéressant de notre thèse. Enfin, nous terminerons par un chapitre de thérapeutique infantile dans lequel nous indiquerons la conduite à tenir en pareilles circonstances ainsi que la prophylaxie telle que nous la comprenons.

CHAPITRE I

Intolérance du nourrisson pour le lait d'une seule femme, mère ou nourrice.

Au cours de l'allaitement naturel, on voit se produire chez le nourrisson quelques troubles digestifs. Ceux-ci retentissent plus ou moins sur l'état général.

Ces troubles sont caractérisés par de la diarrhée, des selles vertes, mal liées, mal digérées, accompagnées de glaires, ou bien ce sont des régurgitations et des vomissements, parfois un peu de nervosisme, de l'agitation et des cris ; la balance indique un état stationnaire ou même une diminution rapide. En présence de ces phénomènes si fréquents, la première idée qu'il vient à l'esprit du médecin, c'est de soupçonner un manque d'hygiène alimentaire, écart de régime, tétées trop abondantes, trop prolongées et trop souvent répétées, ou bien la tendresse maternelle s'est-elle laissée fléchir au point d'ajouter une petite friandise aux repas de l'enfant. Cependant si l'examen est poussé à fond et qu'une surveillance

attentive ne révèle aucune irrégularité dans le régime, si même on diminue la quantité de lait et qu'on espace les tétées, si malgré ces soins primordiaux il ne survient aucune amélioration dans l'état de l'enfant, alors il faudra pousser plus loin ses investigations. En recourant à l'analyse du lait, on trouvera un trouble dans les rapports de ses éléments ou une composition normale avec des produits surajoutés.

Tel est l'ordre que nous allons suivre pour rechercher la cause de cette intolérance en nous souvenant, chemin faisant, que parmi les produits surajoutés il en est qui ne peuvent encore être décelés dans l'état actuel de la science.

Laits dont les éléments n'offrent plus leurs rapports normaux.

Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler la composition normale du lait de femme ainsi que quelques-unes de ses propriétés. Il se rapproche beaucoup du lait de vache, on y décèle les mêmes éléments avec des rapports différents. On y trouve : de la graisse, confondue dans le sérum du lait à l'état de fine émulsion et qui, examinée au microscope, est formée de globules gras plus ou moins gros. Des substances albuminoïdes, dont une très caractéristique, la caséine ; celle-ci est différente de celle que l'on retrouve dans le lait de vache ; elle précipite difficilement par les acides, les sels et la présure des animaux ; l'action de la présure de l'estomac de veau

sur le lait de femme produit une coagulation lente et incomplète, aussi on peut dire que le lait d'un animal n'est bien coagulé que par la présure d'un animal de la même espèce. Du lactose, qui est un hydrate de carbone, réduit la liqueur cupro-potassique, ne subit pas la fermentation alcoolique sous l'influence de la levure de bière. Des matières extractives, lécithine, cholestérine, urée, créatine, etc. Des principes minéraux tels que phosphates de chaux, de soude, de magnésie, de fer et d'alumine.

Voici un tableau comparatif qui représente la composition moyenne du lait de femme et de vache :

Pour 1000	Lait de femme	Lait de vache
Caséine et albuminoïdes.	16	33
Lactose	65	55
Beurre	35	40
Sels	2,5	6
Densité + 15°.	1035	1033

Chacun de ces éléments peut se rencontrer dans des proportions exagérées ; le lait, ainsi modifié, absorbé par le nourrisson, deviendra souvent l'origine de troubles digestifs.

Etudions donc séparément leur influence sur la santé des nouveau-nés.

1° *Beurre*. — L'excès de beurre a été souvent considéré comme origine d'une intolérance que rien d'autre ne pouvait expliquer. MM. Budin et Michel (1)

1. Budin et Michel. *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 15 juin 1899.

pensent que c'est la matière grasse qui varie le plus souvent ; ils ont publié à ce sujet plusieurs observations qui montrent très nettement l'influence nocive d'un excès de beurre sur la santé des nourrissons. M. le professeur Budin avait remarqué que si on donnait à des débiles le lait de la fin de la tétée, ils avaient parfois des garde-robes mal digérées, liquides et que l'analyse révélait chargées de graisse. Plus récemment M. Planchon (1) réunissait plus de dix observations d'enfants nourris au sein et présentant des troubles digestifs, malgré les précautions prises pour éviter la suralimentation. « Pas un d'entre eux, dit-il, ne restait au sein plus de dix minutes : certains même prenaient des quantités de lait bien inférieures à celles que les autres enfants du même poids prennent ordinairement. » Dans tous les cas observés, l'analyse du lait a révélé un excès de beurre. Il faut aussi remarquer que les échantillons de lait soumis à l'analyse étaient prélevés, non pas de suite après une tétée, mais sur la totalité du lait contenu dans un sein. Cette façon de procéder permettait d'évaluer la quantité exacte de beurre sécrétée par la glande mammaire au moment du prélèvement.

On peut dire que ce régime, trop riche en graisse, équivalait à une véritable suralimentation vis-à-vis du nouveau-né. Ainsi s'expliquent facilement tous

1. Planchon. *Obstétrique*, novembre 1905.

les symptômes qui apparaissent : des selles mal digérées, glaireuses souvent verdâtres.

Dans d'autres cas, les garde-robes sont liquides et chargées de graisse. Si les enfants ne sont pas attentivement surveillés, les troubles digestifs s'accroissent, les manifestations cutanées apparaissent et la courbe des poids, qui montait trop vite au début, fléchit dans des proportions inquiétantes.

OBSERVATION I (Budin, *Le Nourrisson*).

Un enfant, né le 22 janvier, avait des selles abondantes, mal digérées, parfois diarrhéiques ; de plus, il poussait des cris fréquemment et dormait très mal. Du lait de la nourrice fut recueilli au commencement, au milieu, à la fin des tétées. L'analyse, faite par M. Ch. Michel, attaché à notre laboratoire de chimie, montra qu'il contenait 165 grammes d'aliments secs dont 80 gr. 40 de beurre par litre. On essaya, en changeant le régime alimentaire, d'obtenir une modification dans la composition du lait ; or, quelques jours plus tard, on trouvait qu'il contenait encore 50 grammes de beurre. Comme l'enfant souffrait toujours, on lui donna une autre nourrice ; au bout de quelques heures, il cessa de crier et dormait d'un façon très calme ; deux jours plus tard, les garde-robes étaient devenues normales.

OBSERVATION II (*In* Thèse Jégourel).

P... Marcelle, née à terme le 10 décembre 1903. A la naissance, elle pesait 3 kgr. 500 et était, au dire de la mère, bien belle et bien grosse.

Mise au sein dès la naissance, les tétées étaient réglées toutes les deux heures. Elle vomissait fréquemment et avait des garde-robes nombreuses, liquides et de couleur verdâtre.

Sa mère l'apporte à la consultation de Belleville, le 5 février 1904. Elle est pâle, ses membres sont grêles, ses chairs sont flasques, sa fontanelle est largement ouverte et déprimée. On ne trouve aucun signe de rachitisme.

Les seins de la mère semblent normalement constitués ; le lait jaillit en assez grande quantité. Nous en recueillons une trentaine de grammes, et l'analyse a donné les résultats suivants :

Beurre. 55 grammes par litre.

Caséine. 12 » »

M. Variot prescrit l'allaitement mixte ; on fera prendre à l'enfant deux biberons avec 45 grammes de lait stérilisé et 15 grammes d'eau bouillie, la mère donnera trois fois le sein dans la journée, et deux fois dans la nuit.

5 février. — Poids : 3 kgr. 630.

12 février. — Poids : 3 kgr. 520. L'enfant vomit encore et ses selles sont liquides. On donnera quatre biberons de 45 grammes en plus du sein.

26 février. — Poids : 3 kgr. 620, vomissements et diarrhée ont cessé.

4 mars. — Poids : 3 kgr. 680.

11 mars. — Poids : 3 kgr. 800. La mère sans autorisation a fait prendre cinq biberons et n'a donné le sein que trois fois.

D'après cette observation, il est logique de penser que l'atrophie de ce nourrisson (qui à deux mois ne pèse que 3 kgr. 630, alors que son poids de nais-

sance était de 3 kgr. 500) reconnaît pour cause l'excès de beurre, 55 grammes par litre. Et ce qu'il y a de remarquable, c'est que plus on fait prendre de biberons de lait stérilisé à cet enfant, plus il augmente de poids.

OBSERVATION III

(Planchon, *Obstétrique*, novembre 1905).

G..., n° 1924 du registre, né le 23 décembre 1901, pesant 3.150 grammes. La mère amène son enfant à la consultation le 3 janvier 1902, il pèse 3.150 grammes. L'enfant a de la diarrhée d'une façon intermittente jusqu'au mois d'avril ; à ce moment le lait de la mère diminuant en quantité notable, on donne trois bouteilles de 30 grammes pour compléter trois tétées, puis cinq bouteilles de 30 grammes le 9 juin ; à ce moment la mère remarque que l'enfant vomit le lait qu'il prend au sein, et qu'il le garde au contraire lorsqu'à son lait elle ajoute le lait stérilisé. On fait analyser le lait de cette femme et on trouve 95 grammes de beurre par litre. Elle se met au régime et observe l'hygiène sévère et tout s'arrange bientôt. Cet enfant suit régulièrement la consultation, et le 2 octobre 1903 il la quitte en ayant atteint le poids de 12 kgr. 300.

Tous ces faits nous apportent des preuves évidentes d'une intolérance produite par un excès de beurre. Cette modification dans la composition du lait se retrouve surtout dans les milieux aisés, là où les

femmes reçoivent une nourriture trop substantielle, trop riche en matières albuminoïdes ; la viande, ainsi que l'a montré M. Armand Gautier (1), produit un lait trop chargé en substances grasses ; ce même phénomène se produira à la suite d'un manque d'exercice, d'un séjour inactif et prolongé en chambre. Que deviennent en effet les nourrices mercenaires, ces « remplaçantes » dont parle Brieux, elles qui sont habituées au travail pénible mais bienfaisant des campagnes et soumises à une nourriture presque végétarienne ? Une fois placées comme nourrice sur lieu, c'est pour elles une vie nouvelle qui commence. On leur donne un régime trop réconfortant, tous les meilleurs morceaux sont pour elles ainsi que les vins généreux, elles ne prennent aucun exercice ; alors leur lait devient plus gras et, par suite, mauvais pour les nourrissons qu'elles allaitent.

On sait que la chaleur de combustion de la graisse est la plus forte, 9 calories 300. C'est ce qui explique pourquoi certains enfants augmentent de poids avec très peu de lait et pourquoi d'autres présentent des accidents, car l'alimentation composée surtout de corps gras ne peut être poursuivie pendant longtemps, la digestion de la graisse étant très difficile. En effet, la stéapsine, ferment élaboré par le pancréas pour émulsionner les graisses, est encore insuffisante chez l'enfant.

En pénétrant dans le duodénum, la graisse n'est

1. Gautier. *Chimie biologique*, 1892.

pas modifiée : alors une portion s'émulsionne, l'autre se dédouble en acides gras et glycérine. ces acides gras libérés se combinent aux alcalis des sucs digestifs pour former des savons. La graisse émulsionnée est directement absorbée par les lymphatiques des villosités : celle qui a été saponifiée traverse l'épithélium intestinal et passe dans le sang. Supposons un excès de graisse, tel que les ferments intestinaux ne puissent plus suffire, une partie ne sera pas absorbée et laissera prise aux décompositions microbiennes.

2° *Caséine*. — En ce qui concerne les matières protéiques, on peut dire que la plupart des médecins français estiment que leur fluctuation n'a pas d'action fâcheuse sur la santé des nourrissons. Il est vrai que des auteurs américains, en particulier Morgan-Roth (1), prétendent qu'un excès de caséine est capable de provoquer des indigestions fréquentes. Et, comme conséquence de la théorie qu'ils admettent, ils attribuent les propriétés indigestes du lait de vache à sa forte teneur en caséine ; aussi pour y remédier ils ont installé des établissements spéciaux appelés *milk laboratories* où ils fabriquent par synthèse un lait particulier avec des solutions de lactose, de caséine et de crème.

Cependant nous n'avons pu trouver aucune observation qui puisse nous mettre d'accord avec ces auteurs. La seule peut-être qui semblerait plaider

1. In thèse Jégourel.

en faveur de cette théorie, n'a même pas pu nous convaincre, puisqu'à côté de l'excès de caséine accusée de tous les méfaits, nous trouvons une quantité considérable de beurre. Or, comme nous venons de le voir, cet excès de matière grasse est bien suffisant pour expliquer les phénomènes d'intolérance.

Résumons cette observation qui a été rapportée par M. Babeau. Il s'agit d'une nourrice qui a eu trois grossesses ayant évolué jusqu'à terme. Aucun de ses enfants n'a pu être alimenté au sein, en raison de cette circonstance particulière que chaque tétée était suivie de vomissements contre lesquels l'hygiène comme la thérapeutique demeuraient impuissantes. En vain la mère réglait-elle les tétées, en vain les médecins utilisèrent tous les agents pharmaceutiques indiqués en pareils cas.

Les vomissements cessaient seulement, lorsqu'au sein de la mère on substituait l'allaitement artificiel, ou lorsque l'on confiait ces enfants à une autre nourrice. D'autres nourrissons, sans troubles gastro-intestinaux préalables, présentaient les mêmes phénomènes dès qu'ils étaient mis au sein de cette nourrice. C'était donc chez celle-ci qu'il fallait rechercher les causes de ces troubles, la composition de son lait pouvait être incriminée. Or, la nourrice, en excellent état de santé, ne présentait aucun antécédent pathologique : pas de maladie infectieuse antérieure, pas de néphrite, pas d'alcoolisme, pas de saturnisme, pas d'hydrargyrisme. M. Babeau analysa alors le lait à plusieurs reprises

et le poids des matières albuminoïdes totales atteint jusqu'à 36 gr. 75. Mais nous relevons également dans ces analyses un excès de graisse « 6¼ grammes par litre », ce chiffre est suffisamment éloquent. Ces troubles attribués à un excès de caséine sont le fait d'une trop forte proportion de graisse.

Il est vrai que M. Babeau appuyait son opinion sur les théories du professeur Czerny qui prétendait que l'excès d'eau, de sels minéraux, de lactose, ne pourrait produire aucun effet nuisible, que la graisse est peu à craindre, que ce sont les matières albuminoïdes qui sont la véritable cause des désordres. Et le professeur Czerny expliquait la nocivité de ces substances de la manière suivante : elles entraîneraient la formation d'une grande quantité d'acides pour la neutralisation desquels se produirait une désalcalinisation du sang et des tissus, diminuant la résistance de ceux-ci vis-à-vis des agents infectieux. Ainsi donc, les matières albuminoïdes agiraient en préparant le terrain à l'évolution microbienne. (1)

Mais cette théorie du professeur Czerny, si belle soit-elle, ne peut aller contre l'évidence même des faits. La clinique, qui nous présente nombre d'intolérances créées par l'excès de graisse, ne peut nous en découvrir un seul cas produit par un excès de caséine.

3^e Sels. — L'excès de sel peut produire de la diar-

1. Babeau. *Nouveau Montpellier médical*, 1897, p. 489.

rhée. C'est ainsi que M. Marfan cite l'observation de la fillette d'un médecin ; celle-ci, née à terme, pèse à la naissance 3 kgr. 500 ; la mère essaie de la nourrir, mais les bouts de sein sont trop mal faits et l'enfant prend mal. On extrait le lait avec une tétérèlle et on le donne au bébé ; comme la quantité de lait est insuffisante, on complète chaque tétée avec du lait de vache stérilisé coupé de 1/3 d'eau ; les repas ont lieu toutes les trois heures. L'enfant a de la diarrhée depuis le début de sa vie ; elle a sept à dix selles par jour ; la chute de poids est d'abord très considérable, puis l'enfant s'accroît très lentement ; ce n'est que le vingt et unième jour qu'elle reprend le poids qu'elle avait à sa naissance. L'analyse du lait de la mère décèle 8 grammes de chlorure de sodium par litre. On donne alors l'allaitement artificiel et à partir de ce jour, la diarrhée n'a plus reparu (1).

Citons à ce sujet le fait rapporté par Virey (2) que « le lait des Européennes qui sont à Batavia est si salé, qu'elles ne peuvent nourrir leurs enfants ; il n'en est pas de même des négresses ».

Nous devons signaler aussi en passant l'opinion de J. Friedjung ; cet auteur prétend que la diminution du fer qui existe dans la proportion de 3 à 7 milligrammes par litre produirait de l'anémie et une croissance lente. On peut répondre à cette idée que le nouveau-né apporte dans ses tissus une quantité

1. Marfan. *Gastro-entérite des nourrissons*, p. 67

2. Virey. *De la femme*, p. 68.

considérable de fer, c'est principalement dans le foie que s'accumule cette « réserve martiale » ; aussi l'infime parcelle de ce métal contenue dans le lait nous semble bien insignifiante pour l'enfant.

Laits contenant des éléments anormaux.

1^o *Eléments organisés.* — Une question intéressante entre toutes, et qui a depuis longtemps mis en éveil l'esprit des bactériologistes, c'est celle qui consiste à savoir si les microbes pathogènes peuvent passer dans le lait et de là retentir sur la santé de l'enfant ? On sait il est vrai que les glandes, quoique saines, ne sont pas des barrières infranchissables aux microbes. Mais malgré cette notion puisée dans les travaux de laboratoire, il est nécessaire de consulter les enseignements de la clinique, car c'est encore elle seule qui peut fixer nos idées d'une façon définitive.

Il y a peu d'années encore, les médecins croyaient que quand une nourrice était atteinte d'une maladie infectieuse, le parti le plus sage à prendre consistait à suspendre l'allaitement. On citait même des exemples, heureusement assez rares, confirmant cette croyance. Mais des recherches plus récentes ont jeté un jour tout nouveau sur cette importante question.

C'est ainsi que le Dr Perret (1), sous l'inspiration

1. Budin et Perret. *Obstétrique*, 15 novembre 1901.

de M. le professeur Budin, a rapporté des exemples qui modifient totalement les idées émises auparavant sur ce sujet. Voici un premier fait qu'il raconte :

« Il y a quelques mois, M. Budin était appelé en toute hâte, avenue d'Antin, chez M^{me} D... La nourrice aurait été prise dans la nuit d'une fièvre violente, elle avait près de 40 degrés de température. L'examen montra qu'elle avait une angine inflammatoire simple. On n'avait pas mis l'enfant au sein, et il avait refusé de prendre d'autre lait.

« Quelle conduite devait-on tenir ? Fallait-il changer cette nourrice malade ?

« M. Budin conseilla de laver soigneusement le sein de la nourrice, de faire téter l'enfant, puis de le transporter dans une autre pièce. Toutes les trois heures, il fut allaité dans les mêmes conditions.

« Quarante-huit heures après, la nourrice était guérie et l'enfant n'avait présenté aucun trouble. »

Plus loin le Dr Perret fait la réflexion suivante : « Quelquefois il s'agit de nourrices sur lieu qui sont atteintes de grippe. Que faire alors ?

« Certes, dans certains cas graves, on a pu voir parfois la sécrétion lactée se tarir et ne point se rétablir, mais généralement il n'en est pas ainsi et on doit se demander si on ne pourrait pas, en prenant des précautions afin que l'enfant ne contracte pas la maladie de la nourrice, laisser celle-ci continuer l'allaitement ». A une telle question, l'auteur répond par des faits cliniques qui le conduisent à formuler cette conclusion précise : « On peut, on doit même

d'une façon générale, conseiller de ne pas interrompre l'allaitement chez une femme qui se trouve atteinte d'accidents fébriles. » M. le Dr Perret cite, à cet effet, dix-neuf observations dans lesquelles on a laissé de nouvelles accouchées allaiter leurs enfants, bien qu'elles fussent souffrantes et parfois très malades. Ces observations comprennent :

Affections du sein.	2
Angines grippales	3
Infection puerpérale et grippe.	1
Ictère	1
Infection utérine.	11
Infection puerpérale grave	1

Et dans tous les cas cités, on n'a jamais vu survenir aucun accident chez les enfants allaités. Il est vrai que l'on recommande de s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour éviter que l'enfant contracte l'affection de sa mère, on doit laver les seins avec une solution faible de sublimé d'abord, puis à l'eau bouillie. Et en agissant de cette façon, « on rendra un réel service non seulement aux mères, à qui on évitera les ennuis d'un sevrage prématuré, mais surtout aux enfants qui continuent à recevoir le lait maternel que tous nos efforts doivent tendre à leur conserver. »

Nous avons donc maintenant la certitude que le lait des mères infectées ne sera pas fatalement la cause d'une intolérance.

Enfin un problème particulièrement instructif, c'est celui des rapports de la tuberculose avec l'allai-

tement. M. le professeur Budin a très récemment mis à point cette question importante : aussi nous nous permettrons de faire de larges emprunts à sa brillante leçon (1). Après avoir montré que la tuberculose était non pas héréditaire mais contagieuse, il examine le cas d'un enfant né d'une mère tuberculeuse :

« Une fois l'enfant né, dit-il, faut-il le faire allaiter par sa mère ? » M. le professeur Budin considère plusieurs cas. « Si la femme présente une tuberculose ouverte, elle ne doit pas allaiter : les dangers de contagion sont alors considérables, le lait qu'elle serait capable de fournir serait de qualité bien médiocre, peut-être même contiendrait-il des bacilles de Koch ? Il en est tout autrement d'une femme ne présentant que des menaces de tuberculose. Si les conditions sociales permettent de mettre l'enfant à une nourrice au sein, c'est certainement la solution la meilleure et pour la mère à qui on évite les fatigues de l'allaitement, et pour l'enfant qui sera aussi soustrait à la contagion. »

M. Budin envisage le cas où les conditions ne permettent pas de confier l'enfant à une nourrice au sein ; que faut-il faire ? Certains ont conseillé l'allaitement artificiel, mais cette solution n'est pas à l'abri de tout reproche. « Ne serait-il pas préférable, en

1. Budin. « Rapports de la tuberculose pulmonaire avec l'état puerpéral et l'allaitement », *Progrès médical*, décembre 1905.

pareil cas, de mettre l'enfant à l'allaitement maternel sous le contrôle d'une surveillance médicale particulièrement rigoureuse ? La mère doit être suralimentée et pesée régulièrement ; à la moindre alerte de son côté on aura recours à l'allaitement mixte puis artificiel. Si c'est au cours même de l'allaitement maternel que des symptômes de tuberculose se déclarent, on pratiquera sans tarder le sevrage, non pas brusque mais progressif, avec une rapidité plus ou moins grande suivant l'âge de l'enfant et l'état de la mère. »

Voilà donc notre ligne de conduite toute tracée pour l'avenir. Quand la tuberculose est ouverte, la règle est formelle, la femme ne doit pas allaiter ; car le lait, de médiocre qualité, « peut contenir des bacilles de Koch ». Pour démontrer la vérité de ce fait, nous rappellerons une observation rapportée par M. Roger (1) : Il s'agit d'une femme tuberculeuse qui accouche dans de bonnes conditions, mais dont l'affection bacillaire prit à partir de ce jour un développement rapide et elle meurt dix-sept jours après son accouchement. Elle avait nourri son enfant pendant deux jours, celui-ci vécut six semaines et son autopsie fit constater des granulations dans le foie, la rate, les reins, les ganglions mésentériques. On avait eu la précaution de recueillir aseptiquement un peu de lait de la mère pendant la courte période d'allaitement et d'en injecter 4 centimètres cubes à un premier cobaye et 2 centimètres cubes

1. Roger. *Maladies infectieuses*, p. 86.

au deuxième cobaye. Le premier mourut rapidement avec lésions typiques de tuberculose généralisée, foie, rate, poumons. L'autre cobaye survécut mais fut sacrifié, et on ne trouva chez ce dernier qu'un peu de péritonite fibreuse, ganglions hypertrophiés à l'aine, l'infection s'était limitée. On peut conclure de cette observation résumée que le lait était bacillifère et capable de transmettre la tuberculose.

Quand le lait contient des bacilles de Koch, il n'est pas douteux qu'il soit un agent de transmission de la maladie. Et il nous semble fort à propos d'appuyer cette hypothèse sur des expériences récentes qui tendent à prouver l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire.

MM. Calmette et Guérin (1) ont constaté que des jeunes chevreaux nourris par des mères dont les mamelles étaient rendues artificiellement tuberculeuses, contractaient toujours la tuberculose par l'intestin.

Toutes les fois que l'infection était produite par du bacille bovin, les jeunes animaux présentaient une adénopathie mésentérique avec tubercules caséifiés et des lésions pulmonaires plus ou moins étendues propagées ultérieurement aux ganglions médiastinaux et péricbronchiques.

Lorsque l'infection des mamelles de la mère était

1. Calmette et Guérin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 octobre 1905.

réalisée avec du bacille humain, on observait de l'adénopathie mésentérique sans extension ultérieure aux poumons.

Dans une série d'expériences, on fit ingérer à des chèvres adultes des cultures de tuberculose bovine. Ces animaux ont été infectés ; ils contractaient en quelques semaines une tuberculose pulmonaire grave rapidement mortelle. Toutefois on n'observait pas d'adénopathie mésentérique comparable à celle qui caractérise l'infection tuberculeuse intestinale chez les jeunes chevreaux.

Cette différence de réaction entre les chèvres adultes et les jeunes chevreaux réside dans ce fait que le tissu ganglionnaire jeune constitue pour les microbes un filtre presque parfait, tandis que celui de l'adulte permet le facile passage de ces microbes vers le hile et les canaux efférents.

2° *Substances solubles, médicamenteuses et de l'ordre des diastases pathologiques (toxines, anti-toxines, etc.).* — La mamelle, comme beaucoup d'autres glandes en activité, peut laisser passer une foule de substances introduites dans l'organisme. Ce qui revient à dire combien l'alimentation, les régimes, les affections diverses peuvent influencer sur la qualité de la sécrétion lactée. Cette connaissance a été établie depuis longtemps par la plupart des cliniciens, et on trouve à ce propos dans l'œuvre d'Hippocrate (1) un passage qui est consacré à ce phéno-

1. *Œuvres d'Hippocrate*. Littré, tome VII, p. 601.

mène physiologique : « Quant à la lithiase, dit-il, le principe de cette maladie est dans le lait, quand l'enfant tette un lait qui n'est pas pur ; or, le lait perd sa pureté chez la nourrice quand elle use d'aliments échauffants et de boissons qui ne sont pas pures, car tout ce qui est ingéré dans le ventre concourt à la formation du lait. Les choses se passent ainsi : si la nourrice n'est pas bien portante, mais qu'elle soit ou bilieuse, ou humide, ou sanguine, ou pituiteuse, le lait devient mauvais pour l'enfant. Le corps et le ventre fournissent, et ce qu'ils fournissent le plus abondamment c'est ce qu'ils ont reçu en abondance. »

Une preuve élégante du passage de certaines substances végétales dans le lait est fournie par la teinte que prend ce liquide quand les animaux se nourrissent avec des végétaux colorés. Ainsi l'absorption de la garance lui communiquera une teinte rouge foncée.

Il en est de même de l'alcool. M. Nicloux, grâce à des procédés spéciaux, a pu déceler certaines quantités d'alcool dans le lait. Il dit dans les conclusions de son travail (1) : « L'alcool ingéré passe dans le lait. Les teneurs en alcool du sang de la mère et de son lait sont presque identiques. » Ce poison alcool sera encore d'autant plus dangereux qu'il va pénétrer dans l'organisme du nouveau-né ; que de

1. Nicloux. « Passage de l'alcool dans le lait ». *Obstétrique*, mars 1900, p. 97.

Budin. *Le Nourrisson*, p. 172.

désordres il produira si l'hygiène de la mère n'est pas activement modifiée ! La clinique, devançant en cela comme ailleurs toutes les expériences de laboratoire, avait déjà décrit l'état maladif de l'enfant allaité par une nourrice alcoolique. Citons à ce sujet une observation très instructive de M. E. Périer, laquelle a été signalée ensuite par M. le professeur Budin dans son ouvrage *Le Nourrisson*.

OBSERVATION IV (E. Périer).

(*Annales de médecine et de chirurgie infantile*, 25 juillet 1898).

Le professeur Budin me confiait, il y a quelque temps, un enfant de son voisinage, qui venait d'avoir une violente convulsion et pour lequel il avait été inopinément appelé, comme plusieurs médecins voisins auxquels dans l'affolement général on s'était adressé.

M. Budin n'avait pas mis au monde cet enfant, il savait peu de son histoire, mais avait appris que la mère, jeune étrangère, fortement anémique, pour se donner des forces et du... lait, prenait, sur prescription de son médecin disait-elle, beaucoup de vins de quinquina ou autres de son chef, du bordeaux du champagne, des bières brunes et blondes, etc., sans discernement ni mesure.

Je vis l'enfant à 1 heure de l'après-midi. Comme il sommeillait je fis une enquête qui me révéla ceci : l'enfant né bien conformé, pesait à la naissance 4.800 grammes, était nourri depuis, en partie au sein de sa mère, en partie au lait stérilisé

du commerce. La croissance avait été de 30 grammes par jour : il pesait alors 12 livres et avait cinq semaines.

Tout avait été à souhait jusqu'à la nuit précédente où, après avoir pris le sein de sa mère, l'enfant avait eu sa première convulsion...

L'enfant s'étant éveillé, je l'examine avec soin et, ne trouvant pas de fièvre (température rectale 37°4), rien à la peau, à la bouche, à la gorge, rien aux poumons, rien nulle part qui pût expliquer ces convulsions, je fais donner un lavement qui amène une selle jaune d'or ; je prescris une potion calmante et, l'heure du repas étant venue, je fais mettre l'enfant au sein de la mère. Après une tétée de 60 grammes environ je fais installer dans son berceau l'enfant qui s'endormait, et je le quitte promettant de le revoir dans la soirée. Une heure s'était à peine écoulée qu'on m'appelait en toute hâte, l'enfant venait d'être repris d'une troisième convulsion plus violente que les précédentes.

Je le trouve effectivement en pleine crise éclamptique : l'attaque dure plus d'une heure et quand elle paraît céder sous l'influence d'inhalations de chloroforme, elle fait place à un état convulsif permanent entrecoupé de véritables attaques.

M. Budin qui veut bien revoir le malade avec moi dans la soirée, pense également que ces convulsions sont dues à une intoxication par le lait alcoolisé de la mère.

La nuit qui suit se passe assez mal, les convulsions se reproduisaient dès que l'enfant n'était plus sous l'action des calmants...

La journée fut déjà meilleure, mais l'enfant était à jeun, nous conseillâmes la suppression totale de l'allaitement maternel et le choix d'une nourrice qui conserverait son propre enfant. Celui-ci entretenait son lait si le petit malade tétait peu et,

s'il venait à succomber, la nourrice ayant son enfant avec elle pourrait facilement se replacer. Quant à la mère, elle ne désirait pas continuer à nourrir et surtout elle ne paraissait guère disposée à cesser le régime qui était destiné à lui donner des forces.

Une première petite tétée fut suivie de sommeil, puis l'enfant fut remis au sein toutes les deux heures, et la nuit du 18 au 19 se passa sans convulsion. Le 20 tout rentrait dans l'ordre.

L'enfant qui avait perdu environ 200 grammes en trois jours, reprit assez vite et, chose typique, il commença après quelques jours à goûter ce sommeil continu et proverbial des enfants, qu'il n'avait encore jamais connu depuis sa naissance.

Il n'y a pas seulement l'alcool qui passe dans le lait, mais aussi beaucoup d'autres substances médicamenteuses telles que quinine, mercure : on utilise même cette propriété comme un moyen thérapeutique vis-à-vis de l'enfant.

Il existe des cas où le nourrisson au sein, bien réglé, normalement constitué, sans antécédent héréditaire, présente des troubles digestifs alors que l'analyse du lait de la mère ou de la nourrice ne peut en fournir la raison. Le lait semble normal, il n'y a rien de modifié dans sa composition, la nourrice n'est ni alcoolique, ni saturnine, ne présente aucune tare apparente et cependant l'enfant vomit, a de la diarrhée, végète, en un mot présente des signes d'intolérance. Certains laits agissent sur les nourrissons qui les absorbent comme un véritable poison. Il faut donc admettre qu'il existe dans ces

laits des produits surajoutés quoique non décelables par l'analyse. La mamelle, comme beaucoup d'autres glandes, draine de l'organisme les substances qui peuvent s'y former au cours d'une maladie ou d'une infection chronique.

Nous avons vu précédemment que l'épithélium mammaire n'était pas infranchissable aux microbes, on peut ajouter maintenant qu'il l'est moins encore vis-à-vis des toxines. Entrons dans quelques détails :

MM. Brieger et Erlich ont nettement constaté le passage dans le lait de la toxine diphtérique et du tétanos. M. Arnozan dans les *Archives cliniques de Bordeaux* (1898) confirme ce fait. M. Achard a montré également que le lait de femme atteinte de fièvre typhoïde avait la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth. M. Pasquale de Michel soutient que les toxines tuberculeuses s'éliminent par le lait. Ayant rendu des femelles de cobayes tuberculeuses, il a vu que leur lait ne renfermait pas de bacilles, mais que cependant les petits mouraient de cachexie. M. Bézy (1) a remarqué des convulsions et de la tétanie chez un enfant élevé par une nourrice goitreuse. Rapprochons ce fait de celui observé par Byram-Bromwel ou un enfant était pris d'agitation, de vomissements et de sueurs profuses, chaque fois que sa nourrice prenait de l'extrait thyroïdien. M. Leblanc de Lyon (2) a

1. Bézy. *A propos des nourrices goitreuses*. Congrès international de médecine, Paris 1900. Section de médecine de l'enfance, p. 88.

2. Société des sciences médicales de Lyon, 13 février 1901.

nourri quatre chiens, deux jeunes et deux adultes, avec du lait de vaches en période de rut ou nymphomanes; ces quatre chiens furent malades; au bout de vingt-quatre heures, ils présentèrent de la diarrhée jaune et fétide qui ne cessa qu'avec la suppression du lait. On a également remarqué que le lait des nourrices eczémateuses produisait des troubles dans la nutrition et le développement.

Tous ces faits ont une portée considérable, car nous connaissons le rôle de l'auto-intoxication en pathologie. Aussi nous pouvons faire des déductions à l'infini et dire que toute femme, qui présente des phénomènes d'auto-intoxication, dus au surmenage, à un état dyspeptique, à la menstruation, à la grossesse, à une infection quelconque, enfin à un état psychique particulier tel qu'une vive émotion, etc., sécrète un lait toxique pour son nourrisson. Il arrive que, sous ces diverses influences, le lait présente une variation dans sa teneur en graisse, caséine, lactose, sel; n'en parlons plus, nous nous sommes suffisamment étendu sur ce point. Mais il y a autre chose : il faut incriminer les toxines et les ferments que l'analyse chimique ne peut nous déceler.

Donnons d'abord quelques observations intéressantes que nous avons trouvées au cours de notre bibliographie. Ce sont ces exemples pris sur le vif qui établiront nos convictions.

OBSERVATION V (*In* thèse Jégourel).

T..., René, né à terme, est apporté à la consultation externe des Enfants-malades, le 11 février 1904, âgé de six semaines et pesant 4 kgr. 500.

La mère vient consulter parce que son bébé a de la diarrhée verte et surtout parce qu'il vomit à chaque tétée. Elle lui donnait le sein régulièrement toutes les deux heures ; le voyant dépérir de jour en jour et pensant que son lait est de mauvaise qualité, elle remplace quelques tétées par du lait de crèmerie. L'enfant devient plus calme, la diarrhée cesse, les vomissements sont moins fréquents ; mais, comme ils existent, elle se décide à l'apporter à la consultation externe.

Antécédents héréditaires. — Le père qui exerce la profession de mécanicien, jouit d'une bonne santé habituelle ; il n'est pas buveur. La mère a eu cinq enfants, tous nés à terme, à part le second né prématurément à huit mois. Deux sont morts de méningite, l'un à 5 mois, l'autre à 13 mois. Les trois autres sont vivants et bien portants. Elle n'a jamais pu nourrir ses enfants, le premier parce que son lait faisait complètement défaut ; les autres parce qu'ils vomissaient, avaient de la diarrhée et dépérissaient.

Ses seins sont assez volumineux, les glandes mammaires sont bien développées, le lait existe en assez grande quantité, mais il semble très clair et peu sucré au goût.

L'analyse donne les résultats suivants :

Beurre. . . .	28	grammes	par litre
Caséine	8	»	»

C'est un lait plutôt pauvre.

La mère nous dit n'avoir jamais fait de grandes maladies. Cependant à la suite de son dernier accouchement, elle ne garda le lit que cinq jours, et depuis elle souffre continuellement du bas ventre. Elle a des pertes blanches abondantes et striées de sang. Nous pensons pouvoir attribuer l'intolérance gastrique du nourrisson à cette métrite de la mère.

On conseille de continuer l'allaitement mixte et de donner en plus du sein 60 grammes de lait stérilisé, 15 grammes d'eau de riz, une cuillerée de sucre en poudre. On fera prendre quelques lavements à l'eau bouillie.

18 février. — L'enfant pèse 4 kgr. 600 ; il a augmenté de 50 grammes. La diarrhée a cessé, mais il vomit le lait de la mère à chaque tétée et le rend tel qu'il l'a pris. Le lait stérilisé au contraire est bien supporté. On continue le même régime, mais on donne trois prises de lait au lieu de deux.

22 février. — Poids 4 kgr. 650. Il vomit toujours et a quelques garde-robes vertes.

M. le Dr Variot conseille comme essai de ne plus donner le sein pendant trois jours.

La mère fera prendre à l'enfant, toutes les deux heures, un biberon de 60 grammes de lait stérilisé. Elle a tiré son lait pour empêcher la sécrétion de se tarir.

25 février. — Les vomissements ont complètement cessé. Poids 4 kgr. 900, d'où une augmentation en trois jours de 150 grammes.

Malgré ce résultat on hésite à suspendre définitivement l'allaitement mixte ; on prie la mère de mettre son enfant au sein.

1^{er} mars. — Les vomissements ont reparu après chaque tétée, pas de diarrhée. Le lait stérilisé est supporté, et le lait

maternel est rejeté presque aussitôt après l'absorption. Le poids de l'enfant a diminué de 50 grammes, il n'est plus que de 4 kgr. 850.

On supprime le sein.

5 mars. — Pas de diarrhée ni de vomissements.

On note une augmentation de 150 grammes. Poids : 5 kilogrammes.

Comme épreuve définitive, l'enfant reprendra le sein cette semaine jusqu'au mardi 8 mars.

8 mars. — L'enfant a perdu 200 grammes, de 5 kilogrammes il est tombé à 4 kgr. 800. Il a crié et pleuré toute la semaine. Vomissements après chaque tétée, selles liquides, trois par jour en moyenne.

Cette observation est typique, à titre d'essai la mère supprime trois fois le sein, l'enfant augmente régulièrement. Elle le remet à l'allaitement mixte : la diarrhée, les vomissements reparaissent. N'est-il pas permis en pareil cas d'incriminer la production des toxines sous l'influence de la métrite et leur élimination au niveau de la glande mammaire ?

L'apparition des règles peut avoir aussi une influence sur la sécrétion lactée. M. le professeur Budin a eu plusieurs fois l'occasion d'en signaler le fait.

OBSERVATION VI

(*Annales de la Société obstétricale de France*, avril 1896).

La nourrice J... allaitait deux enfants débiles qui se développaient régulièrement, il survint chez eux de l'érythème des

fesses et une diminution de poids. On pensa que la nourrice avait ses règles. Interrogée, elle le reconnut le 11 octobre. La santé de ces deux enfants fut tellement altérée qu'on dut leur donner à tous deux une autre nourrice.

Le même auteur nous dit ailleurs : « En 1881, guidé par le retour périodique des accidents chez un enfant, nous avons fait saisir les linges de la nourrice et on a ainsi constaté l'apparition des règles. »

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'opinion du professeur Budin sur cette délicate question : « Nous ne voulons pas tirer de ces faits, dit-il, la conclusion que les femmes, chez lesquelles les règles surviennent, sont toujours des mauvaises nourrices et qu'il vaut mieux qu'elles n'allaitent pas ; ce serait beaucoup trop absolu. Si dans certains cas on note de la diarrhée verte, irritante pour la peau et des diminutions de poids, dans d'autres au contraire la santé de l'enfant ne présente aucune modification. On peut alors faire continuer avec succès soit l'allaitement au sein, soit l'allaitement mixte en ajoutant du lait stérilisé lorsque la sécrétion mammaire est insuffisante. » (1).

Il nous reste à parler de l'influence des émotions morales sur la sécrétion lactée. Exposons d'abord les faits cliniques. Ainsi M. le professeur Budin a vu plusieurs enfants allaités par la même nourrice ; celle-ci eut une indisposition, une colère qui se tra-

1. Budin. *Le Nourrisson*, p. 178.

duisait chez ses nourrissons par des troubles de la santé.

OBSERVATION VII

Budin. — (*Le Nourrisson*).

La nourrice E... allaitait, outre un enfant, deux nourrissons qui se développaient bien. Dans l'après-midi du 20 septembre 1895, elle eut une violente colère, le surlendemain son propre enfant eut de la diarrhée. Comme il n'était pas pesé chaque jour, on ne put constater s'il avait subi quelques modifications dans son poids, mais les débiles qui lui étaient confiés eurent tous deux une diminution.

OBSERVATION VIII

(Ponticaccia. — *In* thèse Loyer).

Femme saine, robuste, 27 ans, allaite son premier né âgé de 6 mois. Père également sain et robuste, pas de syphilis.

L'enfant était bien venu, il avait eu au cours de l'hiver une bronchite légère dont il s'était bien guéri. Il augmentait régulièrement de poids, dormait bien et était gai.

Le soir du 24 mai 1896, la mère eut avec son frère une discussion pour une question d'intérêts, ensuite une scène de larmes avec son mari ; elle se couche très agitée, à minuit donne le sein. L'enfant s'endort, mais se réveille plus tôt qu'à l'ordinaire vers 5 heures et se met à crier. La mère lui donne le sein, mais l'enfant après l'avoir pris le refuse aussitôt et continue à se tordre et à crier ; il était pâle et anxieux et tous

les efforts pour le calmer et lui redonner le sein furent vains.

J'arrive à 10 heures du matin. Je trouve un enfant bien constitué, sans trace de rachitisme, Il était couché en résolution musculaire, pâle, ciroux, les yeux cernés, la cornée revêtue d'une couche de mucus, le regard sans expression. Respiration courte et saccadée, 56 à la minute. Haleine froide, muqueuse buccale décolorée. Pouls filiforme, faible, incomptable parce que les membres supérieurs sont animés de mouvements convulsifs. Fontanelle à peine pulsatile ; pupilles très dilatées. Rien au thorax ni à l'abdomen.

L'enfant s'agite de temps en temps et retombe dans la torpeur. Il n'a rien pris depuis 5 heures du matin. Il venait d'avoir quatre défécations : la première fécaloïde, les trois autres constituées par un liquide jaunâtre et inodore. Il n'a pas uriné depuis dix heures : pas de globe vésical. Température rectale 35°8. Je prescris des bains à 38 degrés toutes les trois heures ainsi que des lavements d'eau bouillie : dans l'intervalle, instillation de 2 gouttes d'éther par le rectum. Par la bouche rien qu'un peu d'eau bouillie et sucrée.

Le soir un peu d'amélioration, température rectale 36°7 ; cris et coloration meilleurs. Le premier lavement fut rendu jaune ; les autres limpides. Il a uriné vers 5 heures du soir. Il a bu près de 100 grammes d'eau. Il a dormi et dort encore....

Les jours suivants, l'amélioration continue et l'enfant prend le sein de sa mère.

Comment interpréter ces faits ? On peut dire que la fatigue, le surmenage, les chagrins, les colères, les émotions morales en accélérant la désassimilation

encombrent l'organisme de produits nuisibles, de composés ammoniacaux, de ptomaïnes qui passent dans le lait. On comprend alors l'action que peut avoir un tel aliment sur la santé des nourrissons. Ceux-ci auront des troubles digestifs, vomissements incoercibles, diarrhée rebelle, qui entraîneront un arrêt dans la croissance. M. Charrin a montré que l'imprégnation de l'organisme par les toxines microbiennes augmente la teneur des urines en urée, acide phosphorique et extrait sec. Les toxines exagèrent donc les oxydations et les dédoublements de la matière vivante ; or il n'est pas douteux que les nourrissons ne soient plus sensibles que l'adulte à cette action des toxines.

Il nous a été permis jusqu'à présent de saisir la cause de cette intolérance de l'enfant pour le lait de femme. Tantôt cette sécrétion est modifiée dans sa composition chimique, tantôt elle contient des microbes, des substances médicamenteuses et enfin des toxines. Ces dernières expliquent leur présence soit par un état morbide, soit par un état psychique que l'on connaît. Mais il existe des cas où on ne retrouve aucun signe pathologique à l'examen de la nourrice, où la composition du lait ne révèle rien d'anormal et pourtant l'intolérance n'en existe pas moins tenace et redoutable pour l'enfant si on n'intervient pas. Les observations suivantes vont nous montrer qu'il suffit de donner au nourrisson un autre régime, de changer simplement de nourrice pour voir cesser les accidents. Quelle explication peut-on donner à ce

mystère? Nous essaierons d'élucider la question au chapitre suivant. Mais auparavant, citons les faits.

OBSERVATION IX

(Bouchacourt, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*,
23 avril 1903).

La nommée S..., bien portante, âgée de 27 ans, sextipare, accoucha spontanément à la clinique Tarnier, le 10 mars 1903, d'une fille vivante et bien portante, pesant 3.620 grammes ; pas d'albuminurie ni de troubles d'aucune sorte. Dans le courant du premier jour on constate, chez cette enfant, des vomissements verdâtres très fréquents et inquiétants, pour lesquels on fait des lavages d'estomac. Cet état persiste pendant trois jours, le lait maternel constituant le seul aliment : les vomissements deviennent jaunâtres ; les garde-robes étant vertes, on fait des lavages intestinaux, les lavages d'estomac étant continués.

Malgré ces vomissements incessants, l'enfant augmente régulièrement de poids, de 20 à 30 grammes par jour les quatrième, cinquième et sixième jours, après une chute initiale de 380 grammes pendant les quarante-huit premières heures.

A partir du sixième jour, les vomissements devenant plus fréquents et plus abondants, on pèse les tétés ; en quatre jours, la diminution de poids de l'enfant — qui vomit à presque toutes les tétés — est de 400 grammes.

En présence de cet état qui va s'aggravant, cet enfant est mis à la diète hydrique ; on lui donne du bromure et de la pepsine ; la mère ne lui donne plus que 20 grammes de lait

le neuvième jour, et 65 grammes le dixième ; les vomissements continuent avec les mêmes caractères, et la même intensité.

Quoique le lait de cette femme soit très bien toléré par un autre enfant, qu'elle nourrit partiellement depuis le troisième jour après son accouchement, on se demande s'il n'y a pas incompatibilité entre le lait de la mère et l'estomac de son enfant, et on supprime l'allaitement maternel pour donner l'enfant à une nourrice ; les vomissements diminuent rapidement, puis cessent au bout de deux jours.

Du douzième au dix-huitième jour, cet enfant est nourri exclusivement par une nourrice, et ne vomit plus, sauf le quatorzième jour où il est mis une fois au sein de sa mère, et vomit immédiatement après.

Mais cette femme, qui donne tout son lait à un enfant étranger, lequel le supporte très bien, désirant vivement nourrir son propre enfant, on essaie de nouveau l'allaitement maternel : la mère ayant donné 80 grammes à son enfant le dix-huitième jour, sans que les vomissements aient réapparu, la dose est portée à 360 grammes le lendemain, même tolérance.

A partir de ce moment, on augmente progressivement la quantité du lait maternel, et on diminue celle du lait de nourrice, mais en ayant soin que chaque tétée soit composée de ces deux sortes de lait ; l'enfant ne vomit plus, sauf une fois le vingtième jour, et il augmente régulièrement de poids, après avoir atteint son minimum (2.990 gr.) le quinzième jour.

Le vingt-cinquième jour, la mère quitte la clinique Tarnier avec son enfant qu'elle nourrit seule, et qui ne vomit plus ; il pèse alors 3.340 grammes.

Mais huit jours après, elle revient, son enfant ayant recommencé à vomir ; elle se décide alors à le mettre en nourrice au sein, l'expérience lui ayant appris qu'elle était incapable de nourrir elle-même sa progéniture.

Si on se reporte, en effet, à ce qui s'est passé lors de ses autres accouchements, on ne peut qu'approuver cette ligne de conduite, car ses cinq enfants précédents, nourris d'abord exclusivement au sein puis avec addition de lait cru (une fois), ou stérilisé (Gallia) coupé d'eau bouillie, sont tous morts entre 3 et 7 mois, en présentant des troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, convulsions) ; le premier a cependant survécu jusqu'à 14 mois (c'est celui qui fut soumis à l'allaitement mixte avec lait cru).

Voici une autre observation de M. Variot relative à un jeune enfant atteint d'intolérance gastrique complète pour le lait de la mère, ayant des vomissements très répétés et devenu atrophique à la suite de ces troubles prolongés. Ces accidents cèdent à l'usage d'un lait d'une autre personne.

OBSERVATION X

(Variot. — *Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*,
17 mars 1903).

D... Albert, né le 10 octobre 1902, pesait 3 kilogrammes à la naissance.

Père peu vigoureux. Mère a eu dans sa jeunesse une tumeur blanche au genou droit, elle est bien guérie.

L'enfant est son premier né ; il est nourri exclusivement au sein par la mère jusqu'au 14 janvier 1903, où il nous est apporté à Belleville pesant 4 kgr. 720.

La mère nous dit que son enfant a toujours vomi une partie de son lait et que depuis trois semaines surtout il ne garde presque rien de ses tétés ; en effet, il rejette devant nous plusieurs cuillerées de lait qu'il vient de prendre.

Les seins de cette femme ont un développement moyen et une bonne conformation du mamelon ; le lait à la pression des doigts jaillit assez abondamment ; il paraît assez crémeux ; aucun trouble apparent de la santé, les règles ne sont pas revenues. Croyant à la suralimentation nous engageons cette femme à ne donner le sein que d'un seul côté toutes les deux heures et demie.

On nous rapporte l'enfant le 23 janvier ; la mère affirme avoir suivi nos conseils sans aucun bénéfice ; le poids est descendu à 4 kgr. 650 et l'enfant continue de rejeter chaque tétée presque aussitôt après l'avoir prise. Les selles sont rares et peu abondantes.

Nous conseillons d'ajouter deux biberons de lait stérilisé de 75 grammes avec 25 grammes d'eau bouillie.

Le 30, nous revoyons l'enfant dont l'état est resté le même ; l'intolérance gastrique n'a cédé ni au réglage rigoureux des tétés, ni à l'administration d'une mixture de 6 grammes de bicarbonate de soude pour 250 grammes d'eau distillée donnée par cuillerée à dessert avant chaque prise de lait ; le poids reste à 4 kgr. 670. Le lait stérilisé a été rejeté comme celui de la mère.

Nous envisageons alors la possibilité d'un spasme pylorique avec rétrécissement congénital, à cause de l'ancienneté et de

l'opiniâtreté des vomissements. L'estomac étant à peu près vide, il est difficile d'apprécier s'il est ou non dilaté. Nous ne sentons aucune résistance anormale, aucun boudin dans sa région pylorique.

Cette hypothèse nous paraît correspondre assez bien avec la marche des accidents racontés par la mère et à l'intolérance complète de l'estomac même pour le lait stérilisé dilué d'eau bouillie.

J'ai vu plusieurs fois, en effet, des nourrissons qui vomissaient avec persistance le lait de leur mère, supporter et utiliser assez bien le lait stérilisé.

Considérant que l'atrophie faisait des progrès et que la situation devenait menaçante, je songeais à une intervention opératoire, à une pyloroplastie. Je fais part à la mère de ce projet.

La tante de l'enfant assistait à la consultation et elle avait un nourrisson de neuf mois au sein. Je lui proposai avant toute tentative opératoire de donner à téter à son neveu, ce qu'elle accepte de faire. Le résultat du changement de lait fut immédiat. Dès le lendemain, les vomissements deviennent plus rares et ils avaient complètement cessé après huit jours; le 2 janvier, l'enfant pesait 4 kgr. 870; le 13, 4 kg. 920, et le 20, 4 kg. 950.

OBSERVATION XI

(Girard. — *Archives générales de médecine*, 4^e série, page 192).

En septembre 1840, un enfant âgé de 5 mois me fut amené. Cet enfant, me dit-on, était né fort et vigoureux; on lui avait donné une nourrice dont le lait était âgé de 14 mois. Cet

enfant devient graduellement affamé ; il criait sans cesse et ne se taisait qu'au sein.

Au lieu de prendre de l'embonpoint, il allait graduellement en maigrissant. La diarrhée s'était établie, les selles étaient vertes.

Quand il me fut amené, voici l'état dans lequel il se trouvait : sa face était maigre, pâle ; sa langue rouge, avec quelques points isolés de muguet ; son ventre tendu ; un érythème très vif existait sur les fesses et les urines ; il avait une diarrhée fréquente, verte ; il vomissait plusieurs fois par jour du lait caillé ; son sommeil était mauvais, fréquemment interrompu.

La mère de cet enfant me raconta que déjà deux fois il avait présenté des phénomènes semblables, excepté les plaques de muguet qu'il avait pour la première fois. Ces symptômes avaient duré une quinzaine de jours, et avaient disparu après l'emploi de la diète, des bains et de quelques lavements d'amidon ; la diarrhée seule avait continué.

Mais, à cette troisième apparition, les symptômes avaient été plus intenses. Je n'avais à cette époque que des idées fort incomplètes sur les analyses microscopiques du lait, je me bornai donc à l'essayer avec le papier de tournesol, il était vraisemblablement alcalin. Croyant trouver dans cette condition une des causes de souffrances de cet enfant, je fis prendre de la magnésie à la nourrice de l'enfant j'employai en même temps des lavements, des bains, des gargarismes, mais ce fut en vain ; la diarrhée continua (10 à 12 fois par jour) les plaques de muguet augmentèrent. Alors je conseillai de changer de lait. Nous choisîmes une nourrice dont le lait était âgé de trois mois. Deux jours après, la diarrhée avait diminué, et après une semaine, tous les symptômes avaient disparu pour ne plus se reproduire.

Nous nous sommes efforcé de démontrer que l'intolérance de l'enfant pour le lait d'une seule femme avait son unique origine dans la qualité même du lait. C'est donc la nourriture seule qui est en cause. Voilà l'idée maitresse qui nous a sans cesse guidé dans ce long chapitre.

CHAPITRE II

Intolérance des nourrissons pour le lait de plusieurs femmes.

Avant de pénétrer plus loin dans notre étude, nous voulons citer une observation dont la place nous semble très indiquée ici. Elle va nous servir de transition entre nos deux chapitres, puisqu'elle nous montrera un degré plus élevé d'intolérance : un enfant qui ne peut supporter ni le lait de sa mère ni celui d'une autre nourrice et se trouve fort bien de téter une troisième nourrice.

OBSERVATION XII

(Méry. — *Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*,
17 mars 1903).

L'enfant qui pesait à sa naissance 3.400 grammes fut mis au sein de la mère pendant trois semaines ; on doit cesser l'allaitement maternel, l'enfant ayant des vomissements après chaque

tétée et n'ayant pas retrouvé son poids de naissance. Le lait stérilisé fut ensuite donné de la façon la plus méthodique sans que les phénomènes de dyspepsie fussent très modifiés ; quelques améliorations passagères suivies de rechutes avec persistance de vomissements véritables, non de régurgitations, se produisant avec une facilité extrême si on remuait l'enfant, même une heure et demie après la tétée.

Au bout de trois mois après des oscillations en divers sens, l'enfant avait à peine trouvé son poids de naissance. On décida de prendre une nourrice mercenaire choisie avec le plus grand soin et après analyse du lait ; le résultat fut déplorable encore. Les vomissements furent plus abondants et l'enfant perdit plus de 200 grammes en une semaine.

Un nouveau changement s'imposait : on prit une nouvelle nourrice et cette fois heureusement il y eut changement à vue, l'enfant se mit aussitôt à augmenter de poids régulièrement, prenant 30 à 40 grammes par jour. L'ère des difficultés était close ; l'enfant avait trouvé le lait qui lui convenait, après avoir présenté une intolérance particulière vis-à-vis de deux laits de femme qu'il avait eus d'abord.

Cette observation de M. Méry nous révèle que l'intolérance du nourrisson ne se limite pas uniquement au lait d'une seule femme, mais peut s'étendre à deux nourrices pour cesser enfin à l'égard d'une troisième. Il y a plus, nous allons exposer dans ce chapitre le degré ultime de cette intolérance, celle qui résiste au lait d'un nombre indéterminé de femmes. Que nous sommes loin ici de ce bel aphorisme : « Le lait de la mère appartient à l'enfant ! » Et cependant

cette règle est toujours la seule vraie, car elle est la seule en harmonie avec les lois naturelles. Peu nous importe une exception dans le vaste champ de la vérité.

Après avoir mis sous les yeux de nos lecteurs les observations approfondies que nous avons eu le bonheur de découvrir, nous nous efforcerons de montrer que le cas qui nous semble si extraordinaire, n'est qu'un simple état morbide, un syndrome lié à une cause que nous chercherons à établir. Pour arriver à ce but, il nous faut auparavant résoudre une première question. Cette intolérance provient-elle des femmes qui allaitent ou du nourrisson lui-même, du lait ou de celui qui l'absorbe ?

Quelques symptômes saillants ont, comme nous le verrons plus loin, attiré à juste titre l'esprit des observateurs, ce sont les pâleurs du visage, les vomissements, les diarrhées, les menaces de syncope après chaque tétée. On dirait que le lait qui vient d'être absorbé se conduit comme une substance toxique. Or devons-nous considérer comme toxique un lait de femme de composition normale et qui est parfaitement toléré par d'autres nourrissons ?

On peut comprendre qu'un enfant ne supporte pas le lait d'une femme, quand d'autres enfants ne le tolèrent pas davantage ; c'est ce qui ressort de l'étude détaillée que nous avons faite dans le chapitre précédent ; là, nous avons la clef de l'intolérance, c'était l'altération du lait, due à une perturbation dans sa composition chimique ou à l'adjonction de produits

anormaux ; nous connaissions le corps du délit, l'aliment avarié, aussi son action toxique sur l'enfant ne pouvait nous surprendre. Ce phénomène banal ne se présente-t-il pas chaque jour chez l'adulte, quand un écart de régime le conduit à manger du gibier faisandé ou des champignons d'origine douteuse ? Mais dans le cas qui nous occupe, la question est exactement inverse. Le lait est reconnu excellent par les analyses les plus minutieuses, il a fait ses preuves sur divers enfants qui, loin d'en être incommodés, jouissent d'une santé parfaite ; et il se trouve qu'un nourrisson, un vrai petit phénomène, ne le supporte pas ; son intolérance est si forte, qu'elle se traduit par des accidents nerveux, des menaces de syncope, des vomissements, des signes de gastro-entérite.

Ainsi donc les nourrices ne sauraient être incriminées puisque leur sécrétion lactée est reconnue bonne, il faut donc mettre en cause le nourrisson lui-même, c'est-à-dire la susceptibilité de sa muqueuse gastrique et intestinale vis-à-vis du lait de femme.

OBSERVATION XIII

(De M. le professeur Budin) (1).

Il s'agit non plus d'un enfant client de l'hôpital, mais d'un bébé dont les parents se trouvaient dans les meilleures condi-

1. Budin. *Femmes en couches et nouveau-nés*, page 312.
C. R. Académie de médecine, 25 juillet 1893.

tions de fortune et qui n'a pu être élevé qu'avec du lait stérilisé. Au moment de sa naissance, le 21 février 1893, il pesait 4.800 grammes ; le 26, il était tombé à 4.585 grammes. On lui donna une bonne nourrice ; le 2 mars, il ne pesait plus que 4.575 grammes. Il pâlisait chaque fois qu'il prenait le sein, et il semblait avoir des menaces de syncope pendant sa digestion. On fut obligé de lui donner du lait d'ânesse. La nourrice partit le 5 mars et on continua l'alimentation artificielle. Le 9 mars l'enfant pesait 4.820 grammes, quand on lui donna une autre nourrice dont le lait très abondant coulait facilement. Au bout de quelques jours, il fut repris des mêmes accidents : ses garde-robes n'étaient plus normales, il pâlisait et avait, au moment des tétées et des digestions, des états demi-syncopaux que je constatai avec le Dr Ramon.

16 mars. — Il avait atteint 4.995 grammes, lorsque dans la journée il eut des vomissements convulsifs. Le 19 mars son poids était retombé à 4.930 grammes, il refusa absolument de téter. On ne lui donna plus que du lait d'ânesse ; la nourrice, largement indemnisée comme l'avait été la première, retourna près de son propre enfant, prête à revenir au premier appel. Le lait d'ânesse réussit bien d'abord et, le 5 avril, le bébé pesait 5.500 grammes. On remarqua cependant à cette époque que les digestions devenaient moins bonnes, que les pâleurs et les menaces de syncopes reparaissaient. Nous donnâmes du lait stérilisé pur et, craignant avec le Dr Ramon qu'il n'y eût quelques menaces d'accidents cérébraux, nous demandâmes en consultation notre distingué confrère le Dr J. Simon. L'enfant fut vu le samedi soir 8 avril ; on pensa qu'il ne présentait en réalité que des troubles digestifs.

L'usage du lait d'ânesse fut prescrit, on ne devait avoir

recours au lait stérilisé qu'en cas de nécessité ; de plus on devait ajouter à ce lait un quart de son volume d'eau.

Le 9 avril, l'enfant n'eut donc que du lait d'ânesse ; le 10 il avait diminué de 20 grammes, il eut une garde-robe verte et refusa absolument le lait d'ânesse. Il en fut de même les jours suivants si bien qu'on fut obligé d'user exclusivement du lait stérilisé. On lui donnerait tantôt du lait pur, tantôt du lait contenant un quart d'eau. On remarqua qu'une heure et demie après avoir pris du lait coupé, il criait et réclamait sa nourriture, tandis qu'après avoir bu du lait pur, il attendait deux heures sans protester. On s'en tint donc seulement au lait pur, et depuis cette époque, il n'a plus présenté aucun accident. Le 2 juillet il pesait 8 020 grammes,* sa courbe est supérieure à la courbe normale.

OBSERVATION XIV

(De M. Paul Bar (1).

L'enfant dont je vous rapporte l'histoire naquit le 1^{er} mai 1902. Sa mère était une primipare, blonde, d'une bonne santé et dont la grossesse avait évolué sans accidents. Le père, brun, et vigoureux en bonne santé. L'accouchement s'était passé normalement. L'enfant était à la naissance très fort et il pesait 4.030 grammes.

Il avait été convenu que la mère allaiterait son enfant et toutes les conditions semblaient réunies pour que l'allaitement maternel réussît.

1. Paul Bar (Société d'obstétrique de Paris, 23 avril 1903).

La baisse du poids de l'enfant dans les deux jours qui suivirent la naissance fut modérée; d'autre part la montée laiteuse se fit régulièrement. L'enfant prenait bien le sein et ne semblait pas incommodé. Cependant le cinquième jour, la mère se plaignait de crevasses très douloureuses, surtout d'un côté. Je conseillai à la mère de donner le moins possible le sein douloureux et on dut ainsi faire prendre à l'enfant, pour suppléer à l'insuffisance du lait maternel, du lait dit maternisé.

Vous savez que le produit ainsi dénommé est du lait de vache stérilisé après avoir été écrémé par la centrifugation, additionné d'eau et de lactose.

Ce lait, qui est d'habitude bien toléré par les nouveau-nés, fut donné pendant trois jours en petite quantité et concurremment avec le lait de la mère.

A partir du septième jour après la naissance on me fit remarquer qu'après chaque tétée l'enfant devenait très pâle, que la pâleur était surtout très marquée du côté droit de la face, qu'elle se continuait une heure environ après la tétée et était telle à certains moments que l'état de l'enfant paraissait inquiétant.

Les garde-robes présentaient des grumeaux, étaient de coloration vert foncé et je crus remarquer qu'elles contenaient un peu de sang.

L'enfant ne fut plus mis au sein qui présentait des gerçures, et je remplaçai le lait dit maternisé par du lait d'ânesse.

Le quatorzième jour après la naissance, la gerçure étant complètement cicatrisée, l'enfant put être remis aux deux seins.

Cependant, à maintes reprises, on attira mon attention sur la pâleur très grande que présentait l'enfant après la plupart des tétées, pâleur toujours limitée au côté droit du visage.

Il y eut même le dix-septième jour deux vomissements du lait caillé très peu de temps après la tétée. Les fèces étaient jaunes, avec des grumeaux blanchâtres assez abondants.

L'enfant grossissait. Je prescrivis de la pepsine; on fit grande attention à ce que l'enfant ne prît pas trop de lait et on put penser que tous ces accidents n'auraient pas de conséquences sérieuses.

Le trentième jour, on me manda de voir l'enfant qui, après avoir bien grossi, avait tout à coup diminué de poids, et on attira de nouveau mon attention sur la pâleur, la lividité qu'il présentait pendant un temps assez long, c'est-à-dire pendant une demi-heure et même une heure après la plupart des tétées.

L'enfant n'avait pas bonne mine; sa figure était grippée et un peu pâle. Je conseillai de diminuer la quantité de lait et de lui faire prendre un peu d'eau d'Evian afin de le soumettre à une sorte de diète hydrique mitigée. Le poids de l'enfant décrut rapidement et en même temps l'état général devint mauvais; le visage était livide, un nimbe bleuâtre cerclait les lèvres; le ventre était rétracté; les garde-robes étaient fréquentes; les fèces étaient liquides, glaireuses, chargées de grumeaux. Nous avions, en un mot, tous les signes d'une gastro-entérite.

Je pensai que le mieux, en l'occurrence, était de continuer l'allaitement au sein. Du reste, une analyse du lait fut faite et montra qu'au point de vue de la contenance en beurre et en caséine il pouvait être tenu pour satisfaisant. Plusieurs jours se passèrent pendant lesquels on s'ingénia à varier le nombre des tétées, à éviter l'absorption d'une trop grande quantité de lait; on multiplia les grands lavages intestinaux. Tout fut inutile. Le poids restait stationnaire; mais l'enfant allait de plus en plus mal.

Le 23 juin, cinquante-trois jours après la naissance, la température s'éleva et le thermomètre marqua 38°9 ; la situation était fort critique. Je décidai d'abandonner le lait de la mère et je donnai à l'enfant une nourrice dont l'enfant était très vigoureux. Après une expérience de vingt-quatre heures, les selles restant mauvaises, l'état général semblant s'aggraver, je choisis une seconde nourrice qui semblait dans les meilleures conditions.

L'état de l'enfant devint plus grave encore. Je ne crus pas prudent de prolonger l'expérience plus de deux jours et je me résolus à cesser l'allaitement au sein. Je fis donner à l'enfant du képhir et de l'eau ; mais le poids continuant à baisser, l'état général devenant plus critique, je donnai à l'enfant une troisième nourrice. Malheureusement l'état ne fit qu'empirer : chaque fois que l'enfant était mis au sein, sa pâleur était extrême et à plusieurs reprises on put croire qu'il avait succombé. Seules, les injections sous-cutanées de sérum (eau salée à 8 o/oo), réussissaient à relever un peu son état. Je renonçai à toute nourrice et, cessant l'emploi du képhir, je m'adressai au lait d'ânesse.

A ce moment, l'état de cet enfant, auprès de qui j'avais appelé MM. Hutinel et Budin, était extrêmement précaire et à un moment même, son état était tel que je le crus mort. Je m'étais attaché à lui, je le mis au régime du lait d'ânesse, et, avec l'aide du Dr Canuet, je m'appliquai à surveiller de très près l'alimentation. Tout d'abord l'enfant prit toutes les dix minutes une demi-cuillerée à café de lait d'ânesse. Lentement, très lentement la dose fut augmentée et, au bout de cinq à six jours, l'état s'améliora un peu ; vers la fin de juillet, je pus considérer ce nourrisson comme étant hors de danger.

L'augmentation de poids de l'enfant étant minime, je conseillai qu'on lui donnât du lait stérilisé. La première tentative fut faite le 18 août, cent-neuf jours après la naissance.

On lui fit prendre un peu de lait de vache stérilisé, coupé avec de l'eau d'Alet.

La tentative était, vous le pensez bien, faite avec une extrême prudence et on ne donna à l'enfant que 100 grammes de lait de vache ; peu à peu on diminua la quantité d'eau et le lait fut donné pur. En vingt-sept jours, notre nourrisson augmenta de plus de 1 kilogramme.

Son état était excellent et il fallait prendre une décision pour la fin de la nourriture. Les parents de l'enfant étaient partis dans le Limousin : ils avaient à leur disposition une vache, une ânesse et une bonne nourrice qui s'offrait à eux pour reprendre la nourriture. Cette offre les tentait beaucoup. Je conseillai de l'accepter, mais en revenant immédiatement au lait stérilisé si l'enfant ne supportait pas bien le lait de femme. Voici le moment où l'observation que je vous rapporte prend l'allure et la précision d'une expérience de laboratoire propre à satisfaire les plus difficiles. Que la mère n'ait pu nourrir son enfant, l'intolérance pour le lait de femme n'est pas évidente : on peut incriminer des négligences, l'absorption de sang venant des gerçures et qui auraient infecté l'enfant, etc., que trois nourrices aient échoué quand l'infection intestinale était à son maximum, c'est chose commune et qui n'autoriserait pas de conclusion au point de vue qui nous occupe.

Mais nous voici arrivé au 136^e jour. L'enfant pendant un mois a prospéré ; il va bien, très bien même. On le met au sein. Or voyez la courbe : on commence par lui donner du lait de femme en quantité moindre que celle de lait de vache et

d'ânesse prise auparavant, et le poids baisse. Cette diminution de poids que montre la courbe n'aurait pas alarmé si, en même temps, les pâleurs du visage qui avaient marqué le début des accidents, ne s'étaient reproduites.

On crut bien faire en donnant un peu d'eau dès le lendemain, et on poursuivit l'expérience pendant treize jours. Mais on s'arrête ; non seulement l'enfant n'augmente plus de poids, mais les selles sont chargées de grumeaux et surtout le visage, qui était coloré, est redevenu pâle et, après chaque tétée, il est livide.

On reprend donc le quatorzième jour l'usage du lait de vache et du lait d'ânesse. Après quelques jours, on donne du lait de vache coupé d'eau, puis du lait de vache pur, et la courbe reprend immédiatement sa marche ascensionnelle, l'état général redevient excellent.

OBSERVATION XV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Perret).

Enfant du sexe masculin, né le 6 août 1903. Poids 3.535 grammes.

6 août. — Le soir et dans la nuit, petits grogs.

7 et 8 août. — Perd son méconium, tette toutes les deux heures, 5 à 10 grammes, et vomit chaque tétée.

11 août. — Pas de vomissements.

12 août. — A 10 heures du soir, on donne 30 grammes de lait de vache bouilli, coupé d'eau de Vals.

13 août. — A 4 heures du matin 20 grammes ; 6 heures, 25 grammes ; 8 heures 1/2, 25 grammes ; 10 heures, 15 gram

mes ; 1 heure, 30 grammes de lait bouilli coupé . à 9 heures du soir, spasme violent provoqué par les vomissements continuels ; à 10 heures du soir, il prend le sein d'une femme du pays, remarquable nourrice ; il vomit une partie des 75 grammes qu'il a pris au sein et dort ensuite paisiblement jusqu'à 4 heures du matin.

Le 14 et le 15 août, il prend trois fois par jour le sein de cette nourrice ; aux tétées de sa mère, il prend avant et après deux cuillerées à café d'eau de Vichy (Célestin) avec dix gouttes de pancréatine. Les vomissements étant plus grands encore avec la nourrice, le 16 août, il prend seulement le sein de sa mère toutes les deux heures avec de l'eau de Vichy. Les selles, presque toutes provoquées avec des suppositoires, des lavements ou de la magnésie, sont verdâtres ou vertes, dures.

17 août. — Il prend 15 grammes toutes les heures et demie, et moins d'eau de Vichy.

18 août. — Toutes les deux heures, 20 grammes ; une cuillerée à café d'huile de ricin amène une selle abondante, verdâtre dans la nuit.

19 août. — Toutes les deux heures 20 à 25 grammes sans eau de Vichy. Les vomissements continuent.

20 août. — Toutes les deux heures 10 grammes ; à 10 heures une selle verdâtre.

21 août. — Les vomissements sont tels qu'on cesse de le faire téter. On lui fait prendre à la cuiller des eaux farineuses (riz, orge, froment, avoine) ; la biscotte très cuite lui réussit mieux que toute autre chose, les vomissements cessent, les selles sont meilleures.

23 août. — 2.695 grammes.

Moss

Unites

Sequences

N

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328



Quantities de Sal

1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100

24 août. — 2.745 grammes ; lait d'ânesse, il est vomi aussitôt.

26 août. — On continue biscottes et eau de froment.

27 août. — 2.910 grammes, tette et vomit ensuite.

28 août. — (C'est à cette date que M. Perret voit l'enfant pour la première fois). Il pèse 2.800 grammes. Je suis l'enfant, je lui donne une nourrice venue de Fontenay, elle se tire 40 grammes de lait que l'enfant prend mais rejette aussitôt, de même les autres tétées.

29 août. — 2.770 grammes, vomit toutes les tétées.

30 août. — 2.350 grammes, vomit toutes les tétées ; selles vertes, verdâtres. Je mets l'enfant à l'eau, 20 grammes toutes les deux heures et 20 gouttes de bromure trois fois par jour, avant les 20 grammes d'eau.

31 août. — Je place près de lui une garde ; midi, 30 grammes de lait stérilisé ; bromure, 20 gouttes ; sérum, 2 centimètres cubes. L'enfant a pris en tout 240 grammes de lait stérilisé.

1^{er} septembre. — 2.570 grammes. Bromure, sérum, 370 grammes de lait stérilisé.

2 septembre. — 2.670 grammes. Bromure, lavement de sérum, garde-robes jaunes. 400 grammes. de lait stérilisé.

3 septembre 2745 gr. Même trait. 400 gr. de lait stérilisé.

4	»	2810	»	285	»
5	»	2845	»	390	»
6	»	2885	»	365	»
7	»	2940	»	310	»
14	»	3045		420	»
21	»	3195		370	»
28	»	3305		380	»

5	octobre	3370	390	»
12	»	3470	400	»
19	»	3605	400	»
26	»	3635	410	»
2	novembre	3720	420	»
9	»	3900	440	»
16	»	3990	460	»
23	»	4065	480	»
30	»	4175	490	»
7	décembre	4270	500	»
21	»	4407	500	»
28	»	4445	600	»
4	janvier	4520	»	»
12	»	4573	»	»
18	»	4649	»	»
25	»	4645	»	»
1 ^{er}	février	4625	»	»

Le 3 février on donne 700 grammes de lait.

8 février. — 4.652 grammes. L'enfant a mal aux dents, il a eu le 5 février deux selles ; le 6, cinq selles ; la mère le rationne et ramène à 550 grammes ; le 7, trois selles ; le 8, une seule.

15 février. — 4.655 grammes. A pris jusqu'à maintenant de 550 à 580 grammes de lait ; prendra à partir de demain une petite soupe.

22 février. — 4.675 grammes. On va essayer deux soupes puisque l'enfant ne supporte pas une plus grande quantité de lait.

29 février. — 4.660 grammes. On donne la soupe avec 50 grammes de lait + 20 grammes de farine.

7 mars	4775 gr.	730 gr. de lait	2 soupes.
14 »	4950	»	»
21 »	5010	»	»
28 »	5070	»	»
11 avril.	5170 gr.	730 gr. de lait	3 soupes
25 »	5300	»	»
2 mai	5360	»	»
9 »	5545	»	»
16 »	5600	»	»
30 »	5675	»	»
6 juin.	5770	»	»
13 »	5910	»	»
20 »	6010	»	»
27 »	6100	»	»
4 juillet.	6160	»	»
18 »	6168	» Prendra 50 gr. de lait en plus	
25 »	6245	780 gr.	3 soupes
1 ^{er} août	6250	»	»
8 »	6300	» L'enfant a eu un an le 6 août.	
15 »	6335	832 gr.	3 soupes
22 »	6430	845	»
29 »	6525	»	»
5 sept.	6570	»	»
12 »	6660	850 gr.	»
19 »	6700	860	»
26 »	6870	»	»
3 oct.	7030	835 gr.	»
10 »	7160	845	»
17 oct.	7385	»	»
25 »	7410	»	»

30	»	7600	880 gr.	»
7	nov.	7835	875	»
14	»	7735	710	»
21	»	7650	780	»
28	»	7865	870	»
5	déc.	7980	885	»
12	»	8210	880	»
19	»	8425	885	»
26	»	8350	705	»

Année 1905.

9	janv.	7915	580	3 soupes
16	»	8020	795	»
23	»	8080	835	»
30	»	8275	855	»
6	fév.	8300	865	»
13	»	8550	905	»
20	»	8650	880	»
27	»	8765	905	»
13	mars.	8610	645 (lait bouilli)	»
20	»	8810	920	»
27	»	9100	995	»
3	avril.	9200	1005	»

10	avril.	9480 gr.	1018 gr. de lait	3 soupes
17	»	9720	1035	»
24	»	9875	1005	»
2	mai.	10130	»	»
8	»	10150	1120	»
22	»	10400	997	»
29	»	10170	1100	»
5	juin.	10250	1115	»

12 »	10520	1175	»
19 »	10590	1240	»
26 »	10655		
3 juillet.	10650		
10 »	10600		
17 »	10840		
24 »	10860		
31 »	10650		
7 août.	10750		
6 sept.	11635		
6 octob.	12620		

Disons de suite que deux points principaux se dégagent de cette très intéressante observation : D'abord nous voyons un nouveau-né présenter vis-à-vis du lait de trois nourrices différentes une intolérance telle que son poids diminue de plus de 1 kilo dans un espace d'un mois à peine; les accidents deviennent si inquiétants que l'essai d'une nouvelle nourrice semble dangereux, aussi l'allaitement naturel est-il abandonné au profit de l'allaitement artificiel.

Le second point important réside dans la conduite à tenir qui a triomphé de cette intolérance. Nous en reparlerons ultérieurement dans le troisième chapitre.

Le graphique ci-joint, qui comprend une période de deux ans et deux mois, indique le poids de l'enfant semaine par semaine, ainsi que les quantités moyennes de lait absorbées chaque jour. En outre,

toutes les modifications apportées au régime y ont été scrupuleusement relatées.

OBSERVATION XVI

(Jacobson. — *Archives de médecine des enfants*, février 1903).

A...J..., né le 7 septembre 1901 à Sinaïa, station climatérique de la montagne.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; un frère âgé de 8 ans, une sœur âgée de 6 ans, tous deux bien portants.

Grossesse et accouchements normaux. L'enfant est né avec un circulaire du cou assez serré.

Poids à la naissance 3.850 grammes.

Pendant la première journée, l'enfant n'a pris que quelques cuillerées d'eau sucrée. Au bout de seize heures, on l'a mis au sein maternel. Le lendemain, l'enfant a été mis régulièrement au sein toutes les deux heures. Ictère des nouveau-nés.

Dès le quatrième jour après la naissance, l'enfant s'est mis à avoir des selles fréquentes mais jaunes, il régurgitait après chaque tétée. L'ayant pesé et ayant constaté qu'il prenait une quantité de lait trop forte, on l'a rationné en ne le laissant téter que le temps suffisant pour prendre la quantité de lait nécessaire.

12 septembre (5 jours). — Poids 3.780 grammes.

Du 12 au 25 septembre, la diarrhée et les régurgitations continuent. Le 25 septembre, poids 3.840 grammes. L'enfant a donc mis dix-huit jours pour rattraper son poids de naissance. L'ictère a disparu.

25 septembre. — L'enfant est ramené en ville à Bukarest.

Du 25 au 29, même état ; poids 3.900 grammes.

Du 29 septembre au 3 octobre, même état ; poids stationnaire.

A partir du 3 octobre, l'état s'aggrave ; la diarrhée continue, toujours jaune, érythème des fesses. Il n'y a plus seulement des régurgitations, mais aussi des vomissements, survenant une demi-heure à une heure après la tétée. Cris, coliques.

Le poids diminue progressivement : 3.870, 3.810, 3.800, 3.790, 3.760 grammes.

9 octobre. — 3.760 grammes. L'enfant se cachectise visiblement. Chevauchement des os du crâne. Depuis le commencement de la chute de poids, le mode d'alimentation a été modifié : on a essayé de ne donner à téter que toutes les trois heures. On a également essayé d'administrer des médicaments anodins, tels que eau de chaux, eau de Vichy, eau chloroformée, le tout sans aucun succès. L'enfant continue à avoir des selles fréquentes et à vomir. Il est très vorace, mais les tétées lui sont rigoureusement dosées à la balance.

A partir de ce jour, l'enfant est vu tous les jours en consultation avec deux confrères. On ordonne vingt-quatre heures de diète hydrique. Pendant ce temps, l'enfant ne crie pas et les coliques paraissent s'être calmées.

10 octobre. — On essaie de donner du lait de vache stérilisé et coupé d'eau (1 : 1). La diarrhée s'arrête, mais l'enfant a de grands vomissements deux heures après les repas. Dans les vomissements, gros grumeaux de lait coagulé et odeur forte d'acide butyrique.

11 octobre. — Poids a encore diminué : 3.680 grammes. On

décide en consultation d'essayer d'une nourrice. Le 10 et le 11 octobre, on a fait des lavages d'estomac.

L'enfant commence à téter la nourrice toutes les trois heures.

13 octobre. — Grande consultation avec cinq confrères. L'enfant continue à vomir et à diminuer de poids : 3.600 grammes. Huile de ricin, nouvelle diète hydrique de vingt-quatre heures également bien supportée (calme, plus de coliques).

Du 13 au 16 octobre. — Poids 3.660, 3.640, 3.620 grammes.

Le 13 octobre les médecins consultants conseillent le bouillon de veau dégraissé donné dans l'intervalle des tétées. L'enfant le prend bien et ne le vomit pas.

Du 16 au 21 octobre. — Sensiblement même état.

21 octobre. La nourrice est renvoyée (cette nourrice a, dans la suite, été placée chez un autre nourrisson dyspeptique qui a été rapidement guéri et a très bien prospéré).

La mère, qui avait entretenu sa sécrétion lactée avec un tire-lait, se remet à nourrir l'enfant.

Du 22 au 26, grande amélioration. Le poids remonte progressivement : 3.500, 3.530, 3.550, 3.630 grammes.

Alimentation toutes les trois heures. Dans l'intervalle on donne quelques cuillerées de bouillon de veau. Moins de vomissements, selles bonnes. L'enfant commence à rire. Il urine très abondamment. Les médecins consultants se retirent sauf deux confrères qui continuent à soigner l'enfant avec moi.

28 octobre. — Grippe (coryza, bronchite).

26 octobre-21 novembre. — L'état reste stationnaire. L'enfant est très amaigri, d'aspect cachectique. Vomissements presque après chaque tétée : les uns précoces (régurgitations), les

autres tardifs. Les selles sont jaunes et non fétides, jamais de fièvre.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Pas de lésion d'organe : foie et rate normaux.

Dans cet intervalle, on a essayé de modifier l'allaitement de diverses façons ; on a essayé des tétées fréquentes (toutes les deux heures) et aussi des tétées espacées (toutes les quatre heures), mais toujours sans succès.

Les poids sont désespérants ; voici les résultats des pesées de trois jours en trois jours : 3.630, 3.670, 3.620, 3.660, 3.720, 3.700, 3.720, 3.760, 3.720, 3.700 grammes.

21 novembre. — Devant l'insuccès des tentatives précédentes, on essaie une nouvelle nourrice.

22 novembre. — Aggravation manifeste : cris, diarrhée verte, vomissements abondants. Poids 3.610 grammes.

Effrayés par cette formidable chute de poids, nous remettons l'enfant au sein maternel.

23 novembre. — Poids 3.710 grammes.

24 novembre. — Poids 3.620 grammes. Les médecins consultants conseillent d'emmener l'enfant à Sinaïa. — Selles fétides. Haïle de ricin.

5 novembre. — Départ pour Sinaïa.

26 novembre. — Poids 3.720 grammes.

28 novembre. — Poids 3.730 grammes. Calomel.

29 novembre. — Poids 3.770 grammes. L'enfant est plus coloré. Les vomissements persistent.

2 décembre. — Poids 3.750 grammes. Depuis deux jours, les selles sont très fétides. On administre le calomel à doses fractionnées. L'enfant continue à vomir après chaque tétée (toutes les deux heures et demie à trois heures). Coryza.

6 décembre. — Poids 3.780 grammes. Vomissements précoces et tardifs toujours abondants. On donne une pincée de pepsine et pancréatique (ââ) avant chaque tétée.

7 décembre. — Poids 3.840 grammes. Bonne journée. L'enfant est tenu à l'air toute la journée. Moins de vomissements ; selles toujours fétides. Nuit agitée.

10 décembre. — Poids 3.830 grammes. L'état est le même en somme qu'à l'arrivée à Sinaïa. L'enfant pèse à peine 100 grammes de plus en quinze jours. Les autres symptômes (vomissements, selles fétides, cris, agitations) ne sont pas modifiés. On décide le retour à Bukarest.

12 décembre. — (Bukarest). Poids 3.840 grammes. On donne deux fois dans la journée de la farine lactée de Nestlé.

14 décembre. — Poids 3.840 grammes. Depuis le 12, l'enfant prend de la farine de Nestlé alternativement avec du lait de vache. Vomissements très abondants et fétides. On essaie une troisième nourrice (cela fait quatre avec la mère).

16 décembre. — Poids 3.750 grammes. Deux lavages de l'estomac à l'eau de Vichy.

17 décembre. — Poids 3.720 grammes. La nourrice est abandonnée. On revient pour la troisième fois au lait maternel. Sein, bouillon dégraissé alternativement toutes les deux heures. Deux lavages d'estomac par jour.

18 décembre. — Poids 3.790 grammes. Lavages de l'estomac matin et soir, deux heures après la tétée. Après le lavage, l'enfant est plus calme.

19 décembre. — Poids 3.790 grammes. Deux lavages de l'estomac.

20 décembre. — Poids 3.770 grammes. Deux lavages de l'estomac. Cris épouvantables. On renonce aux lavages qui sont

très pénibles pour l'enfant et qui maintenant paraissent l'agiter et lui provoquer des coliques.

2 décembre. — 3.770 grammes. Vomissements, selles très fétides, coliques, cris incessants jour et nuit. Irrigation intestinale.

24 décembre. — Poids 3.630 grammes. L'enfant est vu en consultation avec un nouveau confrère qui, ayant eu l'attention attirée par l'état d'agitation exceptionnelle de l'enfant, par le développement très marqué des veines de l'extrémité céphalique, par la congestion des globes oculaires avec léger strabisme et par l'exagération des réflexes, émit l'opinion que la cause de tous ces troubles pouvait être un processus chronique du côté des méninges ou une hydrocéphalie latente ; il conseille d'essayer les calmants.

26 décembre. — Consultation avec un autre confrère qui pense à une crampe du pylore et conseille d'alimenter l'enfant toutes les heures pendant trois minutes.

Les jours suivants, état très mauvais ; poids stationnaire avec quelques oscillations.

4 janvier. — 3.750 grammes. Vomissements, selles fétides, cris désespérés de jour et de nuit. On essaie les calmants, mais sans aucun succès.

A partir de ce moment mes confrères se sont retirés. Ils considèrent l'état comme désespéré et, comme moi, ils sont impuissants à faire un diagnostic précis et un traitement utile.

Du 4 au 10 janvier. — Même état déplorable, le poids est encore tombé à 3.680 grammes (l'enfant est âgé de quatre mois !). Je me décide, en désespoir de cause, à essayer le babeurre.

10 janvier. — L'enfant prend alternativement le sein et le

babeurre (70 grammes) toutes les trois heures. Dans la nuit, agitation et cris.

11 janvier. — Poids 3.710 grammes (+ 30). Le sein est supprimé, alimentation exclusive au babeurre.

12 janvier. — Poids 3.860 grammes (+ 150 !).

15 janvier. — Enfant beaucoup plus calme. Les selles sont moulées, mais très pâles et toujours fétides. Poids 4.040 grammes (Donc en cinq jours : 330 gr. !)

Du 15 janvier au 1^{er} février. — L'état va sans cesse s'améliorant. L'enfant, calme et gai, engraisse à vue d'œil.

Si on lit la suite de cette curieuse observation, on voit que l'enfant revient à la vie comme par enchantement.

Mais l'intérêt de ce qui précède réside dans la gravité de l'état dyspeptique lié à ce fait qu'il n'a pu supporter le lait maternel pas plus que celui de trois bonnes nourrices ; disons aussi que le lait de vache lui-même n'était pas toléré. Ce nourrisson n'a commencé à renaître qu'avec un régime nouveau et inattendu, l'administration du babeurre.

Nous allons donc faire l'étude de cette intolérance, en dégager les symptômes pour les rattacher à un type morbide bien défini. Il nous sera facile ensuite d'en rechercher l'étiologie et la pathogénie ; de dire si c'est une affection congénitale ou acquise. Puis, après avoir jeté un peu de lumière sur cette question obscure, nous nous efforcerons d'en retirer un enseignement utile.

Symptomatologie.

Nous nous inspirerons surtout de l'observation rapportée par M. Bar ; elle a été l'objet d'une discussion savante à la Société d'obstétrique. Reprenons les détails les plus saillants :

Le dix-septième jour après la naissance, on signale deux vomissements de lait caillé très peu de temps après la tétée. Les fèces, quoique jaunes, présentaient déjà des grumeaux blanchâtres.

Le trentième jour, l'état général devint mauvais, le visage était livide, un nimbe bleuâtre cerclait les lèvres, le ventre était rétracté, les garde-robes étaient fréquentes, les fèces enfin étaient liquides, glaireuses, chargées de grumeaux. « Nous avons, ajoute l'auteur, tous les signes de gastro-entérite. » En faut-il davantage pour affirmer que nous sommes en présence d'un état infectieux du tube digestif et d'une intoxication de toute l'économie ? Peut-être manque-t-il un symptôme à ce tableau, c'est l'élévation de température. Or voici qu'au cinquante-troisième jour, nous voyons apparaître la fièvre, le thermomètre marque 38°9. Reconnaissons en passant que la présence de cette fièvre n'est pas nécessaire pour affirmer le diagnostic, nous savons qu'il existe des gastro-entérites très graves, sans pyrexie aucune, même avec hypothermie, dans la forme algide par exemple. Enfin, un dernier point qui témoigne bien, comme nous le prouverons plus tard, de l'action

toxique de la maladie, ce sont ces pâleurs du visage parfois plus caractérisées d'un côté que de l'autre, elles surviennent après chaque tétée et durent plus ou moins longtemps. Ces pâleurs s'accompagnent souvent d'états demi-syncopaux.

Pour insister davantage sur l'importance de ces symptômes, nous croyons utile d'entrer dans les **considérations générales suivantes** :

Au niveau du canal septique de l'intestin, on trouve toutes les conditions requises pour favoriser les fermentations : l'alcalinité du milieu, l'abondance des matières putrescibles, la température élevée et constante, facilitent la vie des agents microbiens et leur permettent de produire des substances qui, élaborées dans une cavité servant à l'absorption, doivent facilement passer dans l'organisme. Cependant il ne faudrait pas considérer comme nuisibles tous les produits de nature microbienne.

En effet, Duclaux admet que les microbes servent de doublure aux cellules qui sécrètent des liquides digestifs et qu'il est difficile de faire la part de ce qui revient aux uns et aux autres.

En ce qui concerne les hydrates de carbone, ils sont transformés par les sucs digestifs en dextrine et sucre (glycose, lévulose et maltose). Les microbes à leur tour peuvent produire des substances analogues qui saccharifient l'amidon, mais la fermentation peut encore aller plus loin et donner de l'alcool éthylique, substance que l'on a pu retrouver chez certains animaux. Il est une autre série de corps qui

relèvent des agents figurés, ce sont les acides lactique, acétique, butyrique.

En ce qui concerne les albuminoïdes, ces substances subissent l'influence du suc pancréatique, et les produits qui naissent dans l'intestin, sont bien plus complexes que ceux qu'on trouve dans la digestion stomacale. À côté des peptones, on rencontre des acides amides, leucine, tyrosine, hypoxanthine, de l'acide aspartique, de l'acide cynamique, des corps de la série aromatique, indol, scatol et divers gaz, hydrogène sulfuré, ammoniacque.

Tous ces corps prennent aussi naissance par la putréfaction des matières albuminoïdes. Pour connaître ce qui revient au suc pancréatique, on a expérimenté en paralysant l'action des germes par la présence d'acide salicylique dans l'intestin, on a vu alors se produire des peptones, des acides amidés, mais pas de substances aromatiques ni de gaz. On en conclut que les gaz intestinaux et les substances aromatiques résultent de l'action des microbes. On doit signaler comme produits très toxiques : les gaz, l'hydrogène sulfuré, l'ammoniacque, puis les substances aromatiques, le phénol. Mais il faut aussi faire la part aux ptomaïnes analogues aux poisons putrides. M. Bouchard a remarqué en effet que la toxicité des matières fécales était très élevée et que l'extrait de 17 grammes peut tuer un lapin de 1 kilogramme après avoir produit de la diarrhée et des convulsions.

Une grande part des effets nocifs reviennent aussi aux sels de potasse et d'ammoniacque. Disons en pas-

sant que quelques auteurs, comme Vaughan, ont attribué à certaines substances solubles étudiées dans le lait toutes les maladies digestives de l'enfant du premier âge. Nous voulons parler du tyrotoxicon de Vaughan. L'ingestion de ce corps cristallisé détermine des nausées, un peu de diarrhée et même des signes d'algidité. Il faut ajouter que l'existence de ce corps est fortement contestée. Ainsi donc les micro-organismes élaborent des produits excrémentitiels plus ou moins nuisibles, ceux-ci passent dans la circulation et séjournent dans l'économie quand les émonctoires sont impuissants à les éliminer. Ces toxines peuvent agir sur le système nerveux central et produire ce que l'on constate à propos des nourrissons cités plus haut, des vomissements, des états demi-synco-paux, une vaso-constriction périphérique se traduisant par des pâleurs de la face.

Nous avons donc montré que nous étions en présence d'une infection digestive. Celle-ci est généralement peu grave puisqu'elle se produit chez un enfant au sein ; il semble difficile au premier abord de concevoir comment peut s'infecter un nourrisson qui reçoit directement de la mamelle de sa mère un lait vierge de toute souillure. Meisner (1) avait même émis cette hypothèse que les enfants au sein étaient exempts de toute infection digestive aiguë ; mais les faits démontrent que cette opinion est trop absolue. Morisson admet que si l'on prend en masse

1. *In* thèse Ardoin.

les nourrissons atteints de troubles digestifs, un tiers sont des enfants élevés au sein. Ce chiffre est beaucoup trop élevé. Ballard, dans une épidémie de choléra infantile qu'il observe à Leicester, note que sur 341 enfants atteints de la maladie, 20/0 étaient nourris au sein.

Étiologie.

Puisque nous avons la certitude de cette affection au cours de l'allaitement maternel, nous serions trop incomplet si nous ne poursuivions pas cette étude si intéressante en recherchant la cause des infections gastro-intestinales des nourrissons au sein. Nous distinguerons successivement les causes prédisposantes et les causes efficientes.

Causes prédisposantes. — Le nourrisson est plus prédisposé que l'adulte aux troubles intestinaux. En effet, à la naissance, le tube digestif et ses annexes sont encore inachevés, incapables de digérer les aliments ordinaires. La dentition fait totalement défaut. Les glandes salivaires dans les trois premiers mois sécrètent une très petite quantité de liquide, ce qui explique la sécheresse de la muqueuse buccale, d'où développement facile des germes infectieux, ceux-ci n'étant plus sous l'action d'une salive microbicide ; la fréquence du muguet au début de la vie en est la preuve. Le suc gastrique du nouveau-né est peu actif. L'acide chlorhydrique fait défaut pendant la durée de la digestion et n'apparaît qu'après l'éva-

uation du contenu stomacal dans l'intestin. La tunique musculaire de l'estomac est peu développée à la naissance ; « tandis que les vaisseaux sont considérables, dit Delamare, le volume des muscles intestinaux est relativement moins important chez le nouveau-né que chez l'adulte. Les mensurations qui me conduisent à formuler cette conclusion ont été faites, en prenant comme hauteur totale, la longueur qui s'étend de la séreuse à la surface épithéliale primitive ». Aussi les mouvements péristaltiques sont-ils diminués, les stases alimentaires sont faciles et prédisposent à l'infection.

Le dédoublement des taurocholates et glycocholates de soude avec mise en liberté d'acides biliaires, est considéré comme un moyen de défense contre les microbes ; or ces éléments sont en faible quantité dans la bile du nourrisson. Si on considère avec Charrin le suc pancréatique comme un destructeur de toxines, il faut savoir que ce liquide chez le jeune enfant est peu actif, surtout en ce qui concerne le ferment amylasique.

Nous voyons donc que les moyens de défense si puissants chez l'adulte sont bien faibles chez l'enfant. Cependant il en possède quelques-uns : 1^o le mucus, qui neutralise par son alcalinité les produits acides des fermentations, qui passe pour avoir une action microbicide, est très abondamment sécrété sur la muqueuse gastro-entérique du jeune enfant.

2^o Le tissu lymphoïde de l'intestin, qui est très développé dans les premiers temps de la vie.

Causes efficientes. — L'acte primordial qui préside à la vie du nouveau-né est constitué par la digestion. Et nous venons de constater que l'organe chargé de cette fonction est d'une structure imparfaite et fragile. Toutefois la nature a su atténuer les effets de cette antinomie en préparant dans l'organisme maternel un aliment spécial. L'adaptation du lait de la mère au pouvoir digestif du nourrisson est si parfaite que dans l'état de santé l'élaboration de cet aliment ne laisse que peu de résidus et ne s'accompagne que d'un minimum de fermentation ; ces phénomènes sont dus à ce fait que l'absorption se passe dans les parties supérieures de l'intestin grêle.

Mais cette digestion pour acquérir son maximum de perfection exige un lait de bonne qualité, donné en quantité convenable et à des intervalles déterminés, l'intégrité du canal intestinal avec une flore microbienne très faible et peu active. Toutes ces conditions doivent être réunies pour maintenir la santé en parfait équilibre ; que l'une d'elles soit modifiée, aussitôt l'état morbide apparaît.

1^o Suralimentation. — Voilà la cause qui domine toutes les autres dans le développement de la dyspepsie. Aussi nous allons y insister un peu longuement. La suralimentation peut être réalisée par des repas fréquents ou copieux, ou encore par la grande richesse du lait en matières nutritives. Ses effets peuvent varier suivant la réaction du sujet, suivant l'état du tube digestif.

Considérons-la comme le seul facteur pathogène.

Il est des nourrissons qui la supportent impunément; mais le plus souvent, elle ne manque pas d'engendrer des troubles plus ou moins graves. Que se passe-t-il? Les troubles digestifs débutent par l'estomac, le lait est incomplètement digéré : il en résulte des fermentations anormales ou excessives, il se fait principalement des fermentations acides aux dépens du lactose sous l'influence du bacille coliforme : les produits de ces fermentations entraîneront un catarrhe gastrique qui va agir à son tour défavorablement sur le chimisme de l'estomac. Alors s'établiront à l'avenir une série de digestions anormales. Quand un processus de fermentation se développe, toute nouvelle introduction de nourriture le fait recommencer. La digestion imparfaite est presque toujours retardée, elle engendre la stase du chyme, laquelle après avoir dilaté l'estomac est éminemment favorable à l'évolution bactérienne.

Le trop faible intervalle entre les repas est aussi une cause d'infection du contenu gastrique. L'estomac d'un enfant normal se vide de cent à cent vingt minutes après la tétée, il faut donc attendre au moins deux heures avant de remettre l'enfant au sein. L'expérience nous apprend qu'il est bon d'augmenter encore cet intervalle.

Dans la gastro-entérite par suralimentation, l'estomac souffre le premier, mais l'intestin reçoit un chyme mal élaboré, il souffrira à son tour, les actes qui s'accomplissent dans sa cavité seront viciés par là même : des fermentations anormales s'opèrent

donnant naissance à des produits plus ou moins nocifs et l'entérite suivra la gastrite. Les troubles intestinaux, une fois développés, prendront dans le tableau clinique une place prépondérante.

2° Le contenu intestinal peut s'infecter par la pénétration accidentelle de microbes. Ce cas se réalise le plus souvent avec l'allaitement artificiel, aussi nous n'en parlerons pas.

MM. Marfan (1), Perret (2), Porack (3), Lehman (4) signalent l'infection d'origine *ante natale* ; voici l'explication qu'ils en donnent : lorsque la poche des eaux se rompt prématurément et que l'accouchement tarde à se faire, la cavité de l'œuf peut s'infecter ainsi que les voies digestives du fœtus. On croit même que l'ictère des nouveau-nés aurait pour origine cette gastro-entérite.

Quand un enfant déglutit des produits septiques provenant des voies respiratoires en cas de rhinite, otite, pharyngite, bronchite, il peut, par ce mécanisme, souiller son tube digestif.

3° En ce qui concerne la gastro-entérite produite par des toxines contenues dans le lait de femme, nous nous sommes suffisamment expliqué sur ce point dans le chapitre précédent. Cependant nous pouvons ajouter que toute substance malsaine, comme un liquide alcoolisé, peut entraîner une

1. Marfan. *Traité de l'allaitement*.

2. Perret. Soc. d'obst. de Paris, 1900, p. 2.

3. Porack. Soc. d'obst. de Paris, 1900, p. 5.

4. Thèse de Paris, 1899.

rupture de l'équilibre digestif. Cette idée nous est suggérée par l'observation de M. Perret. On fait prendre en effet à un enfant deux grogs et déjà le surlendemain on voit apparaître des phénomènes d'intolérance. Il est donc permis de supposer que l'infection de ce nouveau-né a pour origine l'absorption de cette boisson très alcoolique.

4° Nous étudions enfin un quatrième groupe de gastro-entérites qui proviennent d'une modification de la paroi gastro-intestinale sous l'influence d'une affection extra-digestive. Nous voulons parler des troubles digestifs si fréquemment observés au cours de certaines maladies telles que la rougeole, la grippe, les infections staphylococciques et streptococciques, les cachexies syphilitiques et tuberculeuses, etc. Examinons les hypothèses que l'on peut faire pour expliquer la production de ces gastro-entérites secondaires en se fondant sur les données de la pathologie expérimentale et de la chimie biologique.

Nous savons que certains poisons minéraux, introduits par voie sous-cutanée, s'éliminent par la muqueuse digestive et par ses annexes. L'iode se retrouve dans la salive, le suc gastrique, et la bile. L'injection du tartre stibié à un animal détermine chez celui-ci des vomissements par suite de l'action de la substance sur les terminaisons nerveuses de l'estomac. Le mercure, en frictions comme en injections, s'élimine par la salive, le suc intestinal, et si la dose est toxique, elle se traduira par une lésion

du côlon simulant les altérations de la dysenterie.

Les mêmes effets s'observeront avec les poisons végétaux. La morphine injectée sous la peau se retrouvera dans les matières fécales. La ricine et l'abrine par voie hypodermique détermineront des lésions intestinales très vives. Au cours des toxémies, on voit des foyers de nécrose hémorragique au niveau du pylore et de la région iléo-cœcale ; sur ces régions malades se greffent ultérieurement les colonies microbiennes.

En ce qui concerne les maladies infectieuses qui n'ont pas leur porte d'entrée dans le tractus gastro-intestinal, il peut se produire des lésions de l'estomac, de l'intestin, du foie. Celles-ci sont dues aux toxines élaborées par l'infection et qui s'éliminent par la muqueuse digestive. Il résulte de ces notions comment on peut comprendre l'existence de gastro-entérites qui surviennent au cours des maladies.

Pathogénie.

Nous avons dit et prouvé que l'intolérance pour un aliment était due à une infection du tractus digestif ; or, les arguments ci-dessus nous conduisent à admettre qu'au cours d'une maladie quelconque, grippe par exemple, on pourra voir se développer une intolérance qui persistera une fois la maladie éteinte. La pathogénie est simple à établir d'après ce que nous savons ; la grippe aura mis le tube digestif en état d'infériorité, les bactéries y vont pul-

luler d'autant mieux qu'ils recevront toujours le même bouillon de culture dans lequel ils sont habitués à vivre. Ce bouillon de culture sera représenté par un aliment de composition normale, comme le lait d'une espèce donnée et, s'il est toujours administré au petit malade, on verra les troubles digestifs s'accroître parallèlement à l'évolution microbienne dont ils dérivent. Nous allons appuyer notre manière de voir sur une observation que M. Bar a rapportée à la Société d'obstétrique (1). Il s'agit d'une fillette née le 28 décembre 1898. « Elle pesait à sa naissance 3.400 grammes et fut nourrie exclusivement au sein. Elle se développa bien. Elle pesait à six mois et demi 5.450 grammes. Elle fut sevrée à ce moment et on la nourrit avec du lait stérilisé ; plus tard on lui fit prendre quelques bouillies. Elle n'eut pas le moindre trouble digestif...

« Le soir du 1^{er} juin, l'enfant, qui avait pris du lait stérilisé comme d'habitude, eut un peu de fièvre, semble un peu pâle, eut quelques nausées.

« Les garde-robes furent, le lendemain, pleines de grumeaux. Comme l'enfant avait un peu de coryza, je crus à de la grippe.

« Mais l'état persista et alors je pus suivre jour par jour les progrès de la maladie. Peu à peu je vis chaque prise de lait causer de la pâleur au visage ; je vis se constituer un état nauséux persistant, appa-

1. Bar. Société d'obstétrique, 23 avril 1903.

raître des vomissements. L'état général devint mauvais ; l'enfant maigrit, pâlit.

« Nous décidâmes d'abandonner le lait de vache et nous donnâmes du lait d'ânesse : peu à peu l'enfant se remit. Maintenant elle a plus de 4 ans et est une fillette pleine de santé. Cependant on ne peut lui faire prendre de lait de vache, de crème, de mets dans lequel entre du lait de vache, sans qu'immédiatement elle devienne pâle, ait des accidents nauséux et des selles glaireuses pendant deux ou trois jours. »

On voit donc cette fillette devenir intolérante pour le lait de vache tout comme certains nourrissons sont intolérants pour le lait de femme, « or, dirons-nous, comme le fait remarquer M. Bar, que chez cette fillette les accidents si graves de gastro-entérite sont attribuables au lait de vache et qu'ils sont la conséquence d'une intolérance inexplicable, inexpiquée, mais incontestable vis-à-vis de ce lait ?

« Je ne puis le croire.

« Pendant un an, cette enfant n'a cessé d'être bien portante, tout en prenant du lait stérilisé. Avant que la maladie eût débuté, aucun signe d'intolérance, si minime qu'il fût, ne s'était produit. Le lait de vache était donc un aliment excellent, un aliment parfait pour l'enfant. »

M. Bar fait remarquer que la maladie apparaît sans aucune modification de régime, sans altération du lait, le début est celui d'une maladie générale qui affecte les apparences d'une grippe, c'est à partir de

ce moment que l'intolérance se manifeste, est rebelle à toute médication, se continue au delà des limites d'une maladie qui n'a été en quelque sorte que le *primum movens*. Cette intolérance est caractérisée par des pâleurs après les prises de lait, pâleurs d'abord fugaces puis de plus en plus marquées ; par les signes d'une inflammation sans cesse aggravée ; par un dépérissement, une diminution de poids et enfin des signes d'entérite suraiguë. Puis l'orage se calme, mais l'intolérance se réveille dès qu'on fait retour au lait de vache. « Il semble donc qu'un germe infectieux cultivé sans cesse par le lait de vache, donné comme seul aliment à l'enfant, ait créé chez celle-ci par une série d'intoxications successives une susceptibilité particulière vis-à-vis de cet aliment. »

L'enfant n'était pas intolérante pour le lait de vache, elle l'est devenue par suite de l'infection dont elle a été atteinte.

Or si on se reporte aux nourrissons dont nous avons donné les observations, nous voyons des phénomènes analogues, se succédant de la même façon, aboutissant au même résultat bien que l'aliment ait été du lait de femme.

En montrant que cette intolérance était une infection du tube digestif, nous avons démontré du même coup qu'elle était acquise et non pas congénitale ; c'est-à-dire que l'enfant n'est pas né avec une aversion spéciale vis-à-vis du lait de femme. Bien que les

accidents aient été précoces, il faut remarquer que les premiers signes d'intolérance sont apparus le septième jour, elle s'est établie lentement, d'abord légère puis de plus en plus grave. « Ne peut-on pas admettre, dit M. Bar, que cette intolérance est consécutive à une infection très précoce, consécutive peut-être à l'ingestion de sang provenant des gerçures du sein maternel ? »

Cette dernière interprétation est possible. Quoique en général le sang par lui-même n'ait rien d'offensif pour l'enfant, il n'est et ne peut être digéré, il est rendu intact dans les selles, et se comporte comme un corps inerte ; toutefois, il faut reconnaître que sa présence est inutile, que ce même corps étranger, pénétrant sans cesse dans des organes qui ne lui sont pas destinés, peut déterminer de leur part une réaction, une irritation de la muqueuse, qui deviendra le point de départ d'accidents plus sérieux.

Et pourrait-il en être autrement ? Une intolérance congénitale pour le lait de femme ! Quelle contradiction avec toutes les théories admises, avec les lois invariables de la nature. Le lait d'une mère est la continuation de la nourriture que l'enfant a puisée *in utero*, il contient seul les éléments nécessaires, indispensables pour perfectionner son organisme, pour l'aguerrir enfin dans la lutte qu'il aura à soutenir contre les agents extérieurs, lutte qui est le principe même de la vie.

CHAPITRE III

Conduite à tenir.

Nous avons hâte d'aborder l'étude de cette délicate question, sur la conduite à tenir. Nos réponses se déduiront de l'étude qu'on vient de faire, et le plan que nous avons suivi va nous servir de fil conducteur.

Si nous nous reportons au chapitre I, notre conduite semble, au premier abord, des plus simples. Etant donné un aliment reconnu mauvais ou même soupçonné tel, le parti le plus sage est de le supprimer.

Toutefois il faut faire quelques réserves et ne pas rayer ainsi d'emblée pour une raison futile un aliment si précieux. S'il est trop gras, on changera le régime alimentaire de la nourrice. On fera boire à celle-ci un peu plus de liquide, on lui fera restreindre son alimentation carnée, car M. Armand Gauthier (1) a démontré qu'une nourriture à prédomi-

1. Armand Gauthier. *Les aliments et les régimes.*

nance de viandes produit un lait trop chargé de matières grasses. Enfin l'enfant ne boira que le lait du début de la tétée, la partie restante sera vidée avec un tire-lait. Si le lait est trop chargé d'éléments minéraux nous ne le supprimerons que dans le cas où l'enfant en sera véritablement incommodé.

S'il s'agit d'une mère atteinte d'une tuberculose en évolution, ici plus de doute, hélas ! Pour sauver un petit être qui ne demande qu'à vivre, séparons la mère de l'enfant.

Un nouveau-né est atteint de convulsions, l'analyse, d'autre part, a révélé des traces d'alcool dans la sécrétion lactée. Vite encore un régime à la nourrice, qui rendra la pureté à son lait et le calme au bébé.

Si on considère les rapports de l'allaitement avec les états pathologiques de la nourrice, on peut dire que bien des notions sont acquises, grâce aux travaux du professeur Budin. Il est reconnu aujourd'hui qu'on peut laisser nourrir une mère atteinte d'ictère, d'angine grippale et même aussi d'infection puerpérale. Tout en usant de certaines précautions, on ne craint pas de mettre l'enfant au sein d'une accouchée dont la température s'élève. « On peut, dit le Dr Perret (1), on doit même d'une façon générale conseiller de ne pas interrompre l'allaitement chez une femme qui se trouve atteinte d'accidents fébriles. »

1. Dr M. Perret. *Progrès médical*, 1903, p. 375.

Il en est de même quand les menstrues reparaissent chez la nourrice, ce n'est plus une raison suffisante pour suspendre l'allaitement. Peut-être verra-t-on fléchir la courbe de poids par suite d'une diminution de la sécrétion lactée. Dans ce cas on pourra compléter la nourriture de l'enfant avec un peu de lait bouilli.

Une vieille croyance, répandue encore dans le public, considère comme toxique le lait des nourrices devenues enceintes. Rien n'est plus faux.

On a cru aussi que l'albumine de la grossesse était une contre-indication à l'allaitement au sein. Mais on peut dire aujourd'hui qu'une femme qui a eu même des accès d'éclampsie peut être nourrice (1).

Il est donc permis d'affirmer que le lait est rarement souillé de produits toxiques ou mieux ceux-ci sont en si faible quantité que la santé du nourrisson n'est même pas altérée. Ces constatations d'une haute portée pratique sont des plus consolantes.

Cherchons à établir quelle serait l'attitude la plus rationnelle à adopter vis-à-vis d'une intolérance complète pour le lait de femme.

Quand on se trouve en présence d'accidents d'intolérance, tels que vomissements, diarrhée, fièvre, perte de poids, etc., il faut d'abord savoir patienter en ayant soin d'intervenir activement par les méthodes en usage : repos, diète hydrique, désinfection de l'intestin et reprise progressive du lait avec réglage

1. Jeannin. *Gazette des hôpitaux*, 1902, p. 469.

absolu des tétées. Peut-être que l'orage va se calmer. Mais si les accidents persistent, bien que le lait soit reconnu normal, n'hésitons pas, il faut demander une autre nourrice. Si cette dernière n'amène aucune amélioration, essayons une troisième nourrice. Et si finalement aucun changement ne se produit, il n'y a plus de temps à perdre, car l'expérience trop longtemps prolongée pourrait être funeste à l'enfant ; faisons l'allaitement mixte, c'est-à-dire quelques repas au lait stérilisé et le complément sera donné au sein. Si enfin les accidents, bien que diminués, persistent encore, déclarons que l'enfant ne supporte plus le lait de femme et recourons à l'allaitement artificiel. L'allaitement au lait stérilisé restera donc la méthode de choix, c'est celle que l'on voit triompher de l'intolérance dans les observations rapportées par MM. Budin et Bar. Mais il arrive parfois qu'on est obligé d'apporter quelques modifications à ce genre d'alimentation. Reportons-nous à ce propos, à l'observation de M. Perret. Il s'agit d'un enfant qui présente une intolérance manifeste pour le lait de femme et qui, un mois après sa naissance, est nourri au lait stérilisé, il se trouve d'abord fort bien de ce nouveau régime, les accidents cessent et la courbe indique une augmentation progressive de poids. On augmentait aussi progressivement la quantité de lait. Mais au mois de février, on s'aperçut que l'enfant, alors âgé de 6 mois, ne pouvait supporter qu'une dose déterminée de lait au delà de laquelle on pro-

voquait des troubles digestifs au point que la courbe des poids commençait à fléchir.

Cette dose étant insuffisante pour son âge, on eut l'idée de lui donner le complément de nourriture sous la forme de soupes. On lui en donna d'abord une, ensuite deux, puis enfin trois à l'âge de huit mois, époque à partir de laquelle on put augmenter discrètement sa quantité de lait. Il fut soumis sensiblement à ce même régime jusqu'à l'âge de deux ans. Et grâce à cette direction habile et prudente de l'alimentation, cet enfant s'est accru normalement. Sa courbe, qui est le meilleur plaidoyer en faveur de son régime, s'élève bien au-dessus du poids moyen quand il atteint l'âge de deux années et deux mois.

Connaissant l'étiologie probable de cette intolérance, il est du devoir du médecin de prévenir cette affection en mettant en pratique les règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile. Nous allons les passer très rapidement en revue.

Alimentation :

Le 1^{er} jour, l'enfant n'absorbera rien.

2 ^e	—	160 gr., c'est-à-dire	15 à 20 gr. par tétée	
3 ^e	—	285	—	25 à 30 —
4 ^e	—	360	—	35 à 40 —
5 ^e	—	430	—	40 à 45 —
6 ^e	—	470	—	45 à 50 —
7 ^e	—	490	—	45 à 50 —
8 ^e	—	500	—	50 —

Le 9 ^e jour 515 gr., c'est-à-dire 50 à 55 gr. par tétées			
10 ^e	—	540	— 50 à 55 — (1)
1 ^{er} mois	l'enfant prendra 500 à 650 gr. de lait maternel		
2 ^e et 3 ^e	—	650 à 800 gr.	—
4 ^e et 5 ^e	—	850 à 950 gr.	—
6 ^e au 9 ^e	—	980 à 1050 gr.	—

Il est important de surveiller ce régime, de se rapprocher des chiffres ci-dessus afin d'éviter le double écueil d'une alimentation insuffisante ou d'une suralimentation. Cette surveillance se fera par l'examen des différentes fonctions physiologiques et par la courbe des poids.

On placera le nouveau-né au sein toutes les deux heures, le jour seulement, le repos de la nuit étant aussi utile à la mère qu'à l'enfant. Le nombre de repas s'élèvera à huit dans les vingt-quatre heures. La durée de chaque repas varie avec l'âge du nourrisson ; dans les premiers jours, cette durée doit être plus longue, l'enfant n'ayant pas la vigueur suffisante pour téter, il lui faut parfois une demi-heure pour absorber toute sa nourriture ; puis ce temps se réduit et à partir du troisième jour une tétée de dix minutes à un quart d'heure constitue un repas d'une durée suffisante. Aussitôt le repas terminé, l'enfant est éloigné du sein, afin d'éviter la macération du mamelon. La femme qui allaite doit s'astreindre à une toilette très soignée ; avant et après chaque tétée le bout du sein sera lavé soigneusement au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'eau bouillie.

A côté des enfants normaux, il existe une catégorie de nourrissons atteints de faiblesse congénitale. Que de petits soins il faut apporter à ces frères organismes pour les amener au niveau des autres ! Aujourd'hui nous sommes en possession de tous les éléments nécessaires pour diriger l'hygiène des enfants débiles. Les travaux du professeur Budin, exposés d'une façon magistrale dans son ouvrage *Le Nourrisson*, ont mis la question au point.

Trois sortes d'accidents menacent les débiles :

1° Les accès de cyanose ; 2° les troubles digestifs ; 3° le refroidissement.

Le traitement à appliquer aux débiles consistera donc à les réchauffer pour lutter contre le refroidissement naturel, à les alimenter convenablement ni trop, ni trop peu avec du lait de femme.

Quelle quantité de lait faut-il leur donner ?

Il faut envisager l'alimentation :

a) Dans les dix premiers jours ;

b) Après le dixième jour.

a) Pendant les dix premiers jours, la quantité varie avec le poids des enfants et M. Budin distingue trois catégories suivant que l'enfant pèse moins de 1.800 grammes, de 1.800 à 2.200 grammes, de 2.200 à 2.500 grammes ;

b) Après le dixième jour « l'enfant doit prendre une quantité de lait égale ou un peu supérieure au cinquième de son poids ».

Il faudra donner le lait par petites doses à la fois, on

répartira les quantités en dix ou même douze repas.

Mais pour que des notions si parfaites puissent avoir leur portée entière, il est nécessaire de les propager généreusement au sein du peuple. Le médecin a donc le devoir d'instruire les familles, de faire l'éducation des mères. Il serait même à souhaiter que dès l'école on enseignât aux jeunes filles les devoirs sacrés qu'elles auront à remplir plus tard. Il faut que l'on sache que toute une existence peut être compromise par la simple ignorance d'une nourrice. Toutes les fautes commises à l'égard du nouveau-né retentissent aussi sur l'adulte. En effet, à côté des manifestations à grands fracas, comme les entérites cholériformes, les grandes déformations rachitiques, l'athrepsie, il y a un cortège d'affections lentes et insidieuses qui se manifestent par des symptômes insignifiants et qui établiront dans l'organisme un état pathologique chronique, persistant jusqu'à l'âge adulte. Ce sont toutes ces dyspepsies latentes, ces stigmates rachitiques peu accusés que l'on ne soigne guère et beaucoup d'autres affections légères que l'on ne soigne pas du tout.

Reconnaissons pourtant que les découvertes des savants ne sont pas restées vaines. Déjà la léthalité infantile diminue dans la plupart des régions ; on ne trouve plus aujourd'hui ces statistiques navrantes d'enfants morts de gastro-entérite. Puissent ces premiers succès encourager encore les bonnes volontés à travailler à cette œuvre sociale : la conservation de l'enfance !

CONCLUSIONS

I. — L'intolérance des nourrissons pour le lait de femme peut être :

1° Incomplète, c'est-à-dire limitée au lait d'une seule femme ;

2° Complète, quand elle résiste au lait de plusieurs nourrices.

II. — Lorsqu'il y a intolérance pour le lait d'une seule femme, c'est l'aliment lui-même qu'il faut incriminer, il est ordinairement modifié. Tantôt les éléments qui le composent ont perdu leurs rapports normaux, c'est alors l'excès de beurre qui entraîne le plus souvent les phénomènes d'intolérance. Tantôt il y a adjonction d'éléments anormaux, des microbes, des substances solubles, soit alimentaires et médicamenteuses (alcool, etc.), soit de l'ordre des diastases pathologiques (toxines, antitoxines, etc.).

Quant aux causes qui modifient la sécrétion lactée, quelques-unes peuvent nous échapper, mais la plupart sont dues aux mauvais régimes, aux maladies aiguës et chroniques, aux émotions morales.

III. — L'intolérance totale pour le lait de plusieurs femmes est un fait exceptionnel. Cependant il en existe des preuves irréfutables, témoin les observations citées de MM. Budin, Bar, Perret et Jacobson.

L'analyse des symptômes les plus saillants de

ces observations montre qu'il s'agit d'une infection des voies digestives, d'une gastro-entérite.

L'étiologie de cette intolérance est difficile à établir en raison de la précocité des accidents. Cependant on doit toujours songer aux causes les plus probables qui sont :

1° La fragilité du tube digestif de l'enfant ;

2° La suralimentation ;

3° Une affection banale qui retentit plus ou moins sur les phénomènes de la digestion.

Quant à la pathogénie, on peut la résumer dans cette phrase de M. Bar : « Il semblerait que la culture répétée d'un germe infectieux dans le lait, donné comme seul aliment à l'enfant, ait créé chez celui-ci, par une série d'intoxications successives, une susceptibilité particulière vis-à-vis de cet aliment. »

Cette intolérance n'est pas congénitale mais acquise.

IV. — La conduite à tenir, quand il y a intolérance absolue pour le lait de femme, est de changer plusieurs fois de nourrices, avant de recourir à l'allaitement artificiel.

La prophylaxie de cette intolérance trouve encore son secret dans l'application rigoureuse du régime alimentaire.

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu le doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARDOIN. — Thèse de Paris, 1897.
- BABEAU. — Troubles gastro-intestinaux provoqués chez un enfant par la composition du lait de la nourrice. Nouveau, Montpellier médical, t. VI, 1897.
- BAR. — Bull. de la Soc. d'obst., avril 1903.
- BENZIN. — Thèse de Paris, 1838.
- BOINET. — Thèse de Paris, 1894.
- BOUCHACOURT. — Bull. de la Soc. d'obst., avril 1903.
- BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés.
- Le Nourrisson.
- Bull. de l'Acad. de méd., 18 juillet 1893.
- BUDIN et MICHEL. — Bull. de la Soc. d'obst., juin 1899.
- BUDIN et PERRET. — Obstétrique, 15 novembre 1901.
- BRIENS. — Thèse de Paris, 1902.
- CALMETTE. — Annales de l'Institut Pasteur, 25 octobre 1905.
- COMBES. — Auto-intoxications intestinales. Arch. de méd. des enfants, VII, 1904.
- DAMOURETTE. — Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. Rev. mens. des mal. de l'enfance, XIII, 1895, 11-18.
- DELAMARE. — Recherches sur la structure de l'intestin grêle du nouveau-né. C. R. hebd. Soc. de biol., 1903, p. 1151.

DEMELIN. — Contre-indications de l'allaitement maternel; Rev. obst. de Toulouse, 1898 ; p. 145, 152.

DÉVÉ et PODEVIN. — Régurgitations incoercibles de nature indéterminée chez un nourrisson. Bull. Soc. d'obst. de Paris ; 1904, 194.

DLUSKI. — Thèse de Paris, 1894.

DUCHAMP. — Th. Paris, 1903-1904.

GAUTIER (A.). — Aliments et régimes.

GIRARD. — Arch. gén. de méd., 4^e série ; 1845, p. 192.

GUIRAUD. — Thèse de Bordeaux, 1897.

HIPPOCRATE. — Littré, tome VII, page 601.

JACOB. — Thèse de Paris, 1898.

JACOBSON. — Arch. de méd. des enfants ; février 1903.

JEANNIN. — Gaz. des hôpitaux, 1902.

JÉGOUREL. — Thèse de Paris, 1904.

LOYER. — Th. de Paris, 1904.

MARFAN. — Gastro-entérites des nourrissons.

— Traité de l'allaitement.

MÉRY. — Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris ; mars 1903.

MESNIL. — Thèse de Paris, 1903.

NICLAUX. — Obstétrique, mars 1900.

PERRET. — De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice ; Progrès médical, 1903, p. 375.

PHILIPPET. — Thèse de Paris, 1902-1903.

PIERRA. — Thèse de Paris, 1900-1901.

PLANCHON. — Chez les femmes du peuple qui nourrissent leur enfant, le lait contient parfois un excès de beurre. Obstétrique, novembre 1905.

QUILLIER. — Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. *Osbtétrique*, janvier et mars 1905.

ROGER. — Maladies infectieuses.

ROTSCHILD (DE). — Bulletin de la Société d'obst., avril, 1903.

— Thèse de Paris, 1897-1898.

— Bibliographia lactaria.

ROUSSE. — Influence de la santé de la nourrice sur la santé de l'enfant. *Gaz. des hôpitaux*, 1856, p. 158.

THIERCELIN. — Thèse de Paris, 1894.

VARIOT. — Accidents d'intolérance gastrique par le lait de la mère. *Bull. Soc. de pédiâtrie de Paris*, 1903, p. 125.

— Atrophie infantile guérie par l'emploi rationnel du lait stérilisé. *Gaz. des hôpitaux*, 1903, 417-419.

VIREY. — De la femme.

